

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1915-1916. — N° 55

RÉFLEXIONS
SUR
28 CAS D'OPÉRATION CÉSARIENNE
SANS MORTALITÉ
(STATISTIQUE DU D^r PLAUCHU)

THÈSE
PRÉSENTÉE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Et soutenue publiquement le 6 Juillet 1916
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR
François de COUGNY-PRÉFELN

Né le 18 décembre 1892, à Rennes (Ille-et-Villaine),
Externe des Hôpitaux de Lyon.



LYON
A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ
4, RUE GENTIL, 4
—
Juillet 1916

RÉFLEXIONS

SUR

28 CAS D'OPÉRATION CÉSARIENNE

SANS MORTALITÉ

(STATISTIQUE DU D^r PLAUCHU)

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUEAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales.	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BÉRARD
Clinique des maladies nerveuses et mentales	FABRE
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Physique médicale	LÉPINE (J.)
Chimie biologique.	WEILL
Chimie organique et Toxicologie	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL
Anatomie générale et Histologie	MOREAU
Physiologie.	GUIART
Pathologie interne.	TESTUT
Pathologie et Thérapeutiques générales	RENAUT
Anatomie pathologique.	MORAT
Médecine opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée	LESIEUR
Médecine légale.	PAVIOT
Hygiène :	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique	COURMONT (P.)
Pharmacologie	ETIENNE MARTIN
	COURMONT (J.)
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS
Pathologie externe.	VALLAS
Maladies des voies urinaires	ROCHET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVÉ-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Embryologie	LATARJET,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile	MOURIQUAND,	—
Déontologie et médecine professionnelle	X. ,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	LATARJET	MOURIQUAND	FROMENT
COMMANDEUR	BRETIN	ARLOING (F.)	THÉVENOT (Lucien)
NEVEU-LEMAIRE	LERICHE	GUILLEMARD	PIÉRY
LAROYENNE	THÉVENOT (Léon)	POLICARD	COTTE
VORON	TAVERNIER	GARIN	DUROUX
NOGIER	CADE	SAVY	

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. A. POLLOSSON, Président; M. FABRE, Assesseur;

MM. ROCHET, Professeur et CONDAMIN, agrégé.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1915-1916. — N° 55

RÉFLEXIONS

SUR

28 CAS D'OPÉRATION CÉSARIENNE

SANS MORTALITÉ

(STATISTIQUE DU D^r PLAUCHU)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 6 Juillet 1916

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

François de COUGNY-PRÉFELN

Né le 18 décembre 1892, à Rennes (Ille-et-Villaine),

Externe des Hôpitaux de Lyon.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Juillet 1916

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

M. ARMAND DE COUGNY

A MON PÈRE

LE BARON DE COUGNY-PRÉFELN

Colonel de cavalerie,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MA MÈRE

A mes Maîtres dans les Hôpitaux :

MONSIEUR VIGNARD

Chirurgien des Hôpitaux.

MONSIEUR DURAND

Professeur agrégé, Chirurgien des Hôpitaux.

MONSIEUR DEVIC

Professeur agrégé, Médecin des Hôpitaux.

MONSIEUR POLICARD

Professeur agrégé.

MONSIEUR ARLOING

Professeur agrégé.

MONSIEUR VALLAS

Professeur de pathologie externe.

MONSIEUR TEISSIER

Professeur de clinique médicale.

A mon Président de thèse

LE PROFESSEUR AUGUSTE POLLOSSON

Qui nous a toujours accueilli avec la plus sympathique amabilité et qui nous a fait le très grand honneur de présider notre thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PLAUCHU

Accoucheur des Hôpitaux

Qui nous a prodigué pendant un an, dans son service, son enseignement et ses conseils ; il nous a inspiré notre sujet de thèse et nous a aidé dans ce travail avec la plus amicale bienveillance. Nous lui témoignons notre respectueuse gratitude.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

R É F L E X I O N S
SUR
28 CAS D'OPÉRATION CÉSARIENNE
SANS MORTALITÉ
(STATISTIQUE DU D^r PLAUCHU)

AVANT-PROPOS

En présentant ce sujet, nous ne pensons pas édifier une œuvre originale sur l'opération césarienne, ni une étude complète de cette intervention. L'opération césarienne est aujourd'hui trop connue dans ses détails. D'ailleurs, nous n'aurions pour cela ni l'autorité, ni l'expérience nécessaires.

Nous avons passé près de deux ans à la Maternité de l'Hôpital de la Croix-Rousse, en qualité d'externe des Hôpitaux faisant fonction d'interne, et nous avons eu ainsi la chance d'aider notre maître M. le D^r Plauchu à pratiquer deux césariennes.

Nous fûmes vivement intéressé par cette intervention qui permettait avec une simplicité, plus apparente peut-être que réelle, de mettre au monde des enfants

vivants et à des mères de quitter le service au bout de quelques semaines en plein état de santé.

Nous eûmes la curiosité de compulser les dossiers de la Maternité de l'Hôpital de la Croix-Rousse, et nous ne fûmes pas peu surpris de constater qu'il n'y avait eu, parmi les césariennes pratiquées par notre maître depuis le début de sa carrière, aucun décès. C'est alors qu'ayant pris la décision de terminer nos études médicales nous eûmes la pensée de publier cette statistique.

Ce que nous voulons donc présenter, c'est une statistique de vingt-huit cas de césariennes, à la suite desquelles aucune mort maternelle n'a été enregistrée, ce qui comporte un progrès réel dans la pratique de cette opération; c'est surtout sur ces deux constatations que nous attirons l'attention.

Avec cette bénignité, la césarienne doit devenir une méthode de choix dans beaucoup plus de cas obstétricaux qu'on ne le faisait autrefois.

C'est intentionnellement que nous avons pris la statistique d'un seul opérateur, car il nous semble que celle-ci, par le fait même qu'elle est personnelle, a un poids beaucoup plus considérable que si nous avions réuni les résultats de toutes les statistiques françaises avec des cas isolés et plus nombreux d'opérateurs différents.

La statistique d'un seul, indique mieux l'image de la vie courante et ce qu'on peut attendre d'une opération indiquée suivant les mêmes principes, les mêmes idées, les mêmes difficultés opératoires, à notre époque, dans le milieu habituel d'une maternité lyonnaise.

Nous verrons aussi, au cours des observations que nous rapportons, que l'opérateur restant le même, les grandes lignes de la technique ont peu varié, et qu'elles sont restées à peu près telles qu'elles avaient été fixées par Fochier. Il n'y a eu que des variations de détails sur lesquelles nous insisterons.

Nous dirons seulement que les résultats remarquables que l'on obtient à l'heure actuelle, sont dus à une seule chose : au progrès de l'asepsie dans le domaine de la chirurgie abdominale appliquée au fur et à mesure aux laparatomies obstétricales.

Il en sera de même pour les indications les grandes lignes sont là encore restées les mêmes. Mais alors que la césarienne était très aléatoire au moment où toute laparotomie restait encore dangereuse, et entraînait de temps à autre, par péritonite, la mort de l'individu, il semble ne plus en être de même aujourd'hui et au lieu de réserver cette intervention aux bassins dits chirurgicaux à indications absolues, à mesure que les résultats sont meilleurs, l'accoucheur doit élargir le cadre des indications de la césarienne à nombre de cas où il aurait fait antérieurement un accouchement prématuré, ou un forceps de force, et où il aurait fait une effraction cervico-placentaire dans un cas de placenta-preavia central.

Nous n'aurions pu mener à bien ce modeste travail si M. Plauchu, après nous en avoir confié tous les matériaux, n'avait eu la bonté de nous diriger et de nous permettre d'utiliser les résultats de son expérience. Nous sommes heureux de lui en exprimer notre plus vive et plus respectueuse reconnaissance.

Nous suivrons dans l'exposé de notre travail, le plan suivant :

1° OBSERVATIONS :

Césariennes primaires, conservatrices . .	19
— — mutilatrices . .	2
Césariennes itératives	7

2° TECHNIQUE GÉNÉRALE.

3° LA CÉSARIENNE ITÉRATIVE.

4° INDICATIONS.

5° RÉSULTATS.

6° CONCLUSIONS.

OBSERVATIONS

CÉSARIENNES PRATIQUES POUR LA PREMIÈRE FOIS

OBSERVATION I

*Bassin aplati et généralement rétréci. — Opération
césarienne avant le travail.*

A.-L. B..., vingt ans, primipare, cultivatrice.

Se présente à la clinique obstétricale (professeur Fochier)
fin août 1902, pendant les vacances.

C'est une petite naine de 1 m. 38, à squelette massif sans déformations très accusées, mais courtaude, à os volumineux et courts. Elle a marché à dix-huit mois et s'est toujours bien portée. Réglée à douze ans et régulièrement; la grossesse a débuté en novembre 1901 : dernières règles de 25 novembre. Au moment de l'examen, elle est enceinte de huit mois trois quarts $HU = 32$. Le fœtus se présente en OIDP, tête très mobile au-dessus du détroit supérieur.

Squelette massif; forme pseudo-hypertrophique du rachitisme, mains en battoir, pas de déformations accusées des membres inférieurs, mais facies très caractéristique, prognathisme supérieur, front saillant, dents irrégulièrement implantées, voute palatine ogivale.

Examen du bassin $BEI = 23$.

BCM = 24

Losange de Michaélis symétrique, dimension transversale 10 centimètres.

Au toucher : promontoire peu saillant effacé $PSP = 9,7$, convexité sacrée peu profonde, on fait facilement le tour du détroit supérieur, sinus sacro-iliaques effacés, bassin légèrement aplati et surtout généralement rétréci.

La gestante ayant dépassé le moment optimum pour l'accouchement prématuré, l'opération césarienne reste la seule ressource ; elle est pratiquée par M. Plauchu, chef de clinique, avant tout début de travail.

Désinfection du champ opératoire, savonnage prolongé, rasage, frottage à l'alcool, au jus de citron et au sublimé ; même méthode pour la désinfection des mains, suivie d'immersion de cinq minutes dans le sublimé à 1/1.000.

Le champ opératoire est protégé par des compresses bouillies. Incision de la paroi de 18 centimètres, 6 centimètres au-dessus de l'ombilic, 12 au-dessous. Incision utérine, extraction du fœtus, énucléation de l'utérus, protection de l'intestin sans incident. Délivrance rapide ; le placenta est inséré en arrière et à droite. L'utérus est saisi à plat entre les deux mains pour arrêter l'hémorragie, et la suture est pratiquée rapidement ; quatorze points musculo-musculaires à la soie, surjet séro-séreux à la soie, points à la Lembert, suture de la paroi à trois plans : premier plan surjet péritonéal à la soie fine ; deuxième plan, aponévrotique par points séparés à la soie ; troisième plan suture cutanée aux fils métalliques.

L'enfant crie aussitôt après l'extraction, il pèse 2.820 grammes ; il est versé à l'Assistance publique, la mère ne voulant pas le garder avec elle ni le nourrir.

Suites opératoires assez bonnes : deux fois, la température s'est élevée à 38°7 les trois premiers jours puis est retombée à la normale.

Au dixième jour, abcès de la paroi, extraction à la pince de quelques fils de soie qui ont suppuré. Aucun phéno-

mène péritonéal. La malade sort guérie cinq semaines après l'intervention.

OBSERVATION II

Paralysie spinale infantile. — Monoplégie et paraplégie totale. — Bassin inutilisable. — Opération césarienne conservatrice.

Il s'agit d'une jeune fille d'une campagne reculée qui entra aux expectantes de la clinique en 1902 (Service de Fochier). A la suite d'une infection médullaire de la première enfance elle avait conservé une paraplégie totale et une monoplégie avec atrophies et déformations considérables. Elle n'avait jamais quitté son lit et vivait, depuis l'enfance, demi-assise et, grâce à une lordose accusée, reposait plutôt sur sa région vulvaire et fessière que sur le sacrum. La difficulté de la tenir propre avait entraîné des ulcérations permanentes de toute cette région avec sécrétions fétides. Néanmoins, un chemineau errant profitant de l'éloignement des parents aux champs n'avait pas hésité à abuser de cette infirme.

Elle entre à la clinique dans un état repoussant, enceinte de huit mois environ. Le toucher montre un bassin très déformé, très atypique et en tous cas inutilisable. M. Fochier décide une césarienne. Pendant un mois, des soins assidus permettent d'obtenir la cicatrisation des ulcérations et de rendre la peau intacte.

La césarienne est pratiquée par M. Fochier, aidé de M. Plauchu, chef de clinique, avec la technique habituelle. Elle se termine par un succès pour la mère et l'enfant qui repartent tous deux un mois après pour la Maurienne.

OBSERVATION III

Bassin cyphotique. — Césarienne conservatrice.

Anna D..., vingt-sept ans. — Cette opération a été pra-

tiquée par le professeur Fochier avec l'aide de M. Plauchu chef de clinique en 1902, mère et enfant vivants ; l'observation détaillée n'a pu être recherchée. Cette malade a eu une deuxième grossesse en 1909 ; et a été opérée d'une deuxième césarienne par M. Plauchu (voir obs. XXIII de césarienne itérative). L'enfant dont on a eu des nouvelles au moment de la césarienne itérative était vivant et bien portant en 1909.

OBSERVATION IV

Bassin rétréci. — Opération césarienne avant le travail.

L... T..., trente-deux ans, primipare, habite Grand-Croix, est adressée au D^r Plauchu par le D^r Bertaud, de Grand-Croix. Taille, 1 m. 42. A présenté dans l'enfance les manifestations habituelles du rachitisme : déformations des membres, marche tardive, etc.

Règles régulières à treize ans. Mariée à vingt-huit ans ; période d'infécondité de quatre ans, avec un ou deux retards de règles pouvant être interprétés comme un début de grossesse.

Grossesse actuelle. — D. R. le 25 décembre 1902. La malade entre le 15 septembre 1903 à la Maternité de la Croix-Rousse, enceinte de huit mois et demi, trop tard pour qu'on puisse espérer un succès par l'accouchement provoqué avant terme ; enfant assez volumineux, tête mobile au-dessus du détroit supérieur.

Examen du bassin. P.S.P. = 9,8, bassin régulièrement arrondi. On fait facilement le tour du détroit supérieur. Forme : bassin généralement rétréci.

Encouragée par son médecin, la malade se soumet d'assez bonne grâce à l'opération césarienne, qui est pratiquée dans la salle d'opérations du D^r Villard, avec l'aide de ses internes, le 20 septembre 1903 ; c'est la première opération césarienne pratiquée dans cet hôpital depuis son existence (1867).

Césarienne conservatrice avant tout début de travail; aucune particularité, ni dans l'incision abdominale, ni dans l'incision utérine; rupture de l'œuf, extraction du fœtus, énucléation simultanée de l'utérus, délivrance artificielle, compression utérine par un aide. En arrière de l'utérus, la paroi abdominale est refermée provisoirement avec une grosse pince à griffes par dessus une grande compresse; mèche intra-utérine; suture à la soie : un plan musculo-musculaire à points séparés, un surjet péritonéo-péritonéal. L'incision a porté notablement à droite de la ligne médiane de l'utérus sans qu'il y ait eu une hémorragie exagérée (piqûre d'ergotinine Tanrét); suture abdominale à trois plans, surjet à la soie sur le péritoine, points séparés sur l'aponévrose, fils métalliques.

Suites opératoires bonnes; ascension thermique à 38°7-38°8 les deux premiers jours, chute progressive jusqu'à 38, la malade conserve cette température subfébrile jusqu'au dix-septième jour; ablation de la mèche intra-utérine par le col au bout de quarante-huit heures; la malade quitte le service en bonne santé au bout d'un mois.

Enfant, 3.140 grammes, mort apparente sans gravité; part en nourrice au quatrième jour, la mère n'ayant pas de lait, d'ailleurs décidée à ne pas le nourrir pour conserver sa situation d'ouvrière d'usine.

OBSERVATION V

Bassin rachitique à forme pseudo-ostéomalacique.

Opération césarienne conservatrice.

Par le Dr PLAUCHU (*Lyon Médical*, 1904).

Nous avons eu l'occasion de rencontrer, à la Maternité de la Croix-Rousse, une femme enceinte porteur d'un rétrécissement très accusé du bassin, d'origine rachitique, et nous avons été conduit, après en avoir

pesé toutes les indications, à pratiquer une opération césarienne chez cette gestante, qui désirait vivement avoir un enfant vivant.

Nous allons rapporter ici cette observation et discuter les raisons qui nous ont fait préférer la césarienne aux autres interventions qui auraient pu être employées dans une viciation pelvienne aussi accusée.

OBSERVATION

Bassin rachitique aplati et généralement rétréci, à forme pseudo-ostéomalacique. — Opération césarienne conservatrice.

Marie R..., femme R..., vingt-quatre ans, III pare, habite Lorette, près Rive-de-Gier.

Antécédents héréditaires nuls ou sans intérêt obstétrical.

Antécédents personnels. — La gestante a été nourrie au sein par sa mère, mais dans des conditions très défectueuses. Elle a été sevrée de très bonne heure et n'a pas tardé à présenter les symptômes d'un rachitisme grave.

La marche ne s'est établie que vers l'âge de dix-huit mois, en même temps qu'apparaissaient des déformations rachitiques : nouures, incurvation antéro-interne des tibias. Très rapidement, les débuts de la station furent suivis de déformations telles que la malade s'arrêta de marcher et ne put recommencer à se mouvoir sans appui que vers l'âge de trois ans. Sans aucun traitement et sous l'influence d'un repos relatif, toutes ces déformations disparurent entre l'âge de trois et sept ans.

Depuis cette époque, on ne relate dans les antécédents aucune affection digne d'attirer l'attention.

La menstruation s'établit pour la première fois à quinze ans. Elle est habituellement toujours très régulière.

En 1899, une première grossesse apparaît et se passe sans incident. Le travail se déclare à terme, mais au bout de

quarante-huit heures, il n'avait pas encore abouti à l'expulsion de l'enfant. Un médecin appelé auprès de la parturiente reconnaît que l'engagement est empêché par un rétrécissement très accusé du bassin et conseille à celle-ci de se rendre à la Maternité de l'Hôtel-Dieu de Saint-Etienne pour y subir l'opération césarienne. Elle y arrive étant en travail depuis bientôt trois jours, poche des eaux rompue depuis quarante-huit heures, eaux bourbeuses et fétides, température élevée.

L'auscultation montre que l'enfant a succombé, et le Dr Duchamp pratique la basiotripsie. D'après les renseignements donnés par la malade, l'intervention fut longue et difficile; la température tomba rapidement et la malade guérit.

En 1902, nouvelle grossesse qui s'interrompt spontanément au bout de trois mois. L'avortement eut lieu sans incident. En 1903, début de la grossesse actuelle. Les dernières règles datent du 10 mars 1903. Vers le septième mois de la grossesse, on conseille à la gestante de venir à Lyon pour y subir la provocation artificielle du travail.

Désirant très vivement un enfant vivant, elle vient surtout pour trouver dans une maternité une couveuse pour son enfant.

Nous l'examinons pour la première fois, le 5 novembre 1903, c'est-à-dire à sept mois et demi environ de sa grossesse.

Examen. — Femme de petite taille, 1 m. 42, très intelligente et d'une excellente santé. L'inspection ne relève aucune déformation rachitique très apparente. Le facies n'a rien de caractéristique; les membres supérieurs et les mains sont sans déformations. Aux membres inférieurs, rien ne rappelle l'existence de déformations antérieures des tibias. Il y a toutefois un léger degré de *genu valgum*. Les cuisses et les genoux se touchant par leur face interne, les maléoles sont distantes de trois travers de doigt.

Le squelette n'est ni grêle ni hypertrophié.

L'utérus est souple, sans excès de liquide amniotique. On sent au palper une petite tête qui ballotte au détroit supérieur.

Le BEI.	23 centimètres
Le BCI.	24 cent. 1/2

Le losange de Mikaélis ne présente aucune déformation asymétrique. Il mesure en largeur 11 cent. 5, en hauteur 10 centimètres. Il est presque entièrement normal.

L'examen externe ne permet pas de soupçonner le degré très accusé de viciation pelvienne.

Mais au toucher, on arrive d'emblée et tout près sur le promontoire. Celui-ci est très saillant en bec, peu élevé. La face antérieure du sacrum est projetée en masse dans l'excavation, surtout au niveau de l'union des première et deuxième sacrées, où se trouve un faux promontoire assez saillant.

Le sacrum est, dans sa moitié supérieure, convexe en avant dans le sens vertical, et il est convexe aussi dans le sens transversal. Les corps sacrés forment une colonne en saillie sur la partie médiane; ce n'est que dans son tiers inférieur que le sacrum devient fuyant en arrière et qu'il présente une concavité à court rayon.

On fait très facilement le tour du détroit supérieur et l'on note les détails suivants :

Les sinus sacro-iliaques sont relativement profonds, les distances sacro-cotyloïdiennes sont nettement et fortement réduites dans leurs dimensions, grâce au redressement du contour pelvien au niveau des régions cotyloïdiennes qui sont presque convexes en dedans.

Cette zone convexe de l'arc antérieur vient se raccorder avec le plan transversal de la symphyse pubienne par un angle obtus.

Sur la ligne médiane, la symphyse pubienne présente un bourrelet rétro-symphysaire assez saillant.

Les déformations sont symétriques et aussi accusées des deux côtés.

La mensuration du promoto-sous-pubien, effectuée à plusieurs reprises avec la main droite et la main gauche, donne 8 cent. 3 qui, après la réduction classique, donnait 7 centimètres environ de diamètre utile. L'existence d'un redressement très accusé du sacrum rend l'excavation tout entière mal utilisable pour le fœtus.

La gestante ayant très nettement exprimé, à ce premier examen, le désir d'avoir un enfant vivant, nous lui proposons l'opération césarienne à terme comme la plus capable de sauver son enfant et nous lui exposons les aléas auxquels cette intervention la condamne.

La gestante, un mois après, rentre à l'hôpital de la Croix-Rousse, le 6 décembre 1903, pour y subir l'intervention.

Elle se trouvait encore à quelques jours du terme de la grossesse, mais le palper nous ayant montré que l'enfant était volumineux, nous nous décidons à pratiquer cette intervention un peu avant la fin de la grossesse, surtout pour ne pas être surpris par le travail, dans la nuit et en l'absence de toute préparation opératoire.

Le 7 décembre 1903, le palper révèle une O.I.G.T. La tête, élevée au-dessus du détroit supérieur, paraît volumineuse et déborde fortement les pubis en avant. Il y a peu de liquide amniotique. Les bruits du cœur sont normaux et s'entendent à 7 centimètres de la ligne médiane et à 10 centimètres au-dessus du pubis.

Au toucher, la vulve et le vagin sont très souples. Le col, entièrement ramolli, très long, présente à gauche une profonde déchirure, qui se continue sur le vagin par une cicatrice saillante. Le col est perméable à un doigt et l'on se rend compte qu'il sera facile de passer une mèche dans sa cavité.

Avec l'aide de MM. Berthier et Armand, internes du service, nous pratiquons la section césarienne.

Les précautions antiseptiques d'usage étant mises en

œuvre avec la dernière rigueur, soit du côté de la malade (rasage de la vulve, savonnage prolongé de l'abdomen et du vagin, lavage à l'alcool et au sublimé à un millième, soit du côté de l'opérateur et de ses aides (brossage et savonnage prolongés dans l'eau chaude, teinture d'iode au niveau des sillons sous-unguéaux, alcool et lavage au sublimé). La malade est anesthésiée par le mélange de Billroth, une injection sous-cutanée de VIII gouttes d'ergotinine Tanret est pratiquée par un aide.

Incision de 20 centimètres sur la paroi abdominale, partant de quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic et descendant assez bas vers le pubis. Le travail n'étant pas déclaré et le segment inférieur à peine constitué, nous n'avons pas craint de prolonger l'incision presque jusqu'au pubis. Incision rapide médiane de la paroi utérine sur toute la partie laissée à nu par la plaie abdominale. Cette incision est rapidement prolongée en haut et en bas par des ciseaux guidés sur les doigts.

Un pied de fœtus est saisi et pendant que nous pratiquons l'extraction de l'enfant, un aide accompagne avec ses mains l'utérus dans son mouvement d'énucléation abdominale et l'entoure rapidement en arrière par des compresse de gaze stérilisée; section du cordon et délivrance artificielle immédiate; l'insertion placentaire est basse et sur la face postéro-latérale droite de l'utérus.

Une mèche de gaze est placée et tassée dans l'utérus de façon à ce qu'une de ses extrémités passe dans le vagin par le col.

Nous pratiquons ensuite la suture utérine, suivant la technique que nous avons vu suivre plusieurs fois par notre maître, le professeur Fochier, c'est-à-dire douze à quinze points séparés à la soie forte, comprenant exclusivement la tunique musculieuse de l'utérus et n'intéressant ni le péritoine, ni la muqueuse.

Puis, au-dessus, un surjet péritonéal séro-séreux, enfouissant soigneusement la suture précédente.

Pendant cette suture, un aide comprime fortement l'utérus entre ses mains, et celui-ci ne tarde pas à se contracter. Il n'y a eu ni inertie, ni hémorragie inquiétante. Réunion de la paroi abdominale par trois plans de suture, un surjet à la soie sur le péritoine, un sur l'aponévrose; suture cutanée aux fils métalliques.

L'état de la malade après l'opération est excellent. Pouls, 84 pulsations à la minute. L'enfant est bien portant et pèse 3.035 grammes. Il est envoyé en nourrice aussitôt, la mère ne voulant et ne pouvant l'allaiter elle-même pour des raisons privées.

Les suites opératoires ont été assez satisfaisantes, sauf deux incidents thermiques sans gravité, une ascension à 39 degrés, le deuxième jour, produite par la putréfaction de la mèche intra-utérine. Aussitôt après son ablation, la température reste entre 37°,1 et 37°,6, jusqu'au dixième jour où l'évolution d'un abcès de la paroi abdominale la fait monter à 38 degrés, puis à 38°,5. Retour à la température normale après évacuation de cet abcès pariétal.

La malade sort complètement guérie, quatre semaines après l'opération.

Nous avons eu des nouvelles de l'enfant le 20 janvier 1904, c'est-à-dire un mois et demi après sa naissance. Il est nourri au sein par sa propre tante et se porte très bien.

P. S. Enfant mort à un an.

Discussion. — En présence d'un cas de ce genre, nous avions à notre disposition les trois principaux modes de traitement que l'on puisse appliquer aux rétrécissements accusés du bassin.

L'accouchement prématuré artificiel, d'une part; la symphyséotomie et la césarienne à terme, d'autre part.

L'accouchement prématuré artificiel, provoqué au moment où la malade se présenta à nous pour la pre-

mière fois à sept mois et demi, nous aurait vraisemblablement permis d'avoir un enfant vivant. Et c'est à cette ligne de conduite que nous nous serions arrêtés si le bassin eût été un bassin aplati pur. Mais les régions sacro-cotyloïdiennes étaient si nettement redressées, et il y avait si nettement une réduction du transverse médian que le diagnostic de bassin aplati et généralement rétréci, à forme pseudo-ostéomalacique, s'imposait.

Or, dans cette forme de bassin, il est nécessaire de provoquer l'accouchement un peu avant le moment opportun d'après le chiffre de mensuration du P.P.M.

Pour un rétrécissement de 7 centimètres, il aurait été nécessaire pour avoir le passage facile de l'enfant de le provoquer à sept mois, c'est-à-dire à une époque où l'enfant était à peine viable.

D'autre part, la malade était déjà à sept mois et demi, quand elle a été vue pour la première fois, et dans ces conditions l'accouchement prématuré artificiel aurait eu beaucoup de chance de se terminer non par une expulsion spontanée, mais par une intervention telle que le forceps ou la version. Et l'on sait combien les petits prématurés supportent mal les interventions.

L'accouchement prématuré donne des résultats immédiats et éloignés d'autant plus aléatoires qu'on se rapproche de la limite extrême des rétrécissements utilisables.

Bar, dans sa statistique de la Maternité de Saint-Antoine donne comme résultat de l'accouchement prématuré dans les rétrécissements de 7 centimètres, plus

de 80 pour 100 de mortalité et conclut nettement au rejet de cette intervention pour les viciations inférieures à 8 centimètres.

Cet enfant, à peine viable, aurait-il pu être élevé ?

Après un séjour de quinze jours à trois semaines au plus à la Maternité, le petit prématuré aurait été soit placé en nourrice par sa mère, soit emporté et élevé au biberon à la campagne, dans des conditions essentiellement défectueuses. Il était presque fatalement voué à la mort.

Restait donc la ressource de laisser aller la grossesse à terme et de pratiquer à ce moment soit la symphyséotomie, soit la césarienne. L'une et l'autre de ces deux interventions étaient acceptées par la malade intelligente et désirant vivement avoir un enfant vivant et qui pût s'élever.

La symphyséotomie trouvait dans un pareil bassin un certain nombre d'indications, mais aussi des contre-indications qui nous l'ont fait rejeter.

Le promonto-sous-pubien était de 8 1/4. Or, pour le professeur Pinard, on doit pratiquer la symphyséotomie chaque fois que le P.S.P. atteint ou dépasse 8 centimètres. C'est là la limite minimum au-dessous de laquelle commence l'indication absolue de la césarienne.

Mais la symphyséotomie elle aussi donne des résultats d'autant moins favorables que l'on se rapproche davantage des rétrécissements extrêmes du bassin et de plus en plus la césarienne doit prendre le pas sur elle dans les rétrécissements très accusés.

Il aurait fallu pour permettre le passage d'un enfant

à terme, dépassant peut-être le volume normal, provoquer un écartement interpubien de 6 à 7 centimètres. C'est la limite qu'on ne doit pas dépasser et nous aurions probablement été obligé de l'atteindre. Il n'y aurait probablement rien eu à craindre au point de vue de la dislocation des symphyses sacro-iliaques. Le professeur Pinard a montré qu'en ne dépassant pas un écartement de 7 centimètres on ne produit pas de lésions notables de ces articulations. Mais d'autre part le rétrécissement se prolongeait sur toute la hauteur de l'excavation puisque le sacrum très redressé présentait au niveau de ses corps vertébraux une colonne saillante convexe en tous sens, et la tête dans sa descente aurait été refoulée fortement en avant jusqu'au bas du pelvis. Il y avait à craindre que l'écartement interpubien étant très prononcé, la tête fortement refoulée en avant par le sacrum, l'intégrité des parties molles ne pût être respectée, et c'est surtout dans les cas de ce genre que l'on a observé les déchirures du vagin, de la vessie, de l'urètre, des racines du clitoris.

Pour toutes ces raisons, la césarienne nous a paru l'intervention de choix. Nous nous trouvions dans les meilleures conditions d'asepsie, le Dr Villard ayant mis obligeamment à notre disposition sa salle d'opération aseptique.

On pouvait opérer avant le travail, après désinfection parfaite du vagin, avant l'ouverture de l'œuf. La perméabilité du col permettait le placement facile d'une mèche intra-utérine après l'extraction du fœtus. Nous regrettons beaucoup à ce sujet de n'avoir pas eu à notre disposition une mèche iodoformée, et c'est une

mèche de gaze stérilisée simplement que nous avons dû employer. Cette mèche a été laissée quarante-huit heures dans l'utérus et, au moment où elle a été enlevée, elle dégageait une odeur fétide ; c'est la cause de l'ascension thermique à 39 degrés que nous avons observée au deuxième jour. La température est tombée à 37°5, aussitôt après l'ablation de cette mèche.

Instruit par cette expérience, il nous semble préférable de ne placer dans l'utérus qu'une mèche de gaze iodoformée et de ne la laisser que vingt-quatre heures, s'il n'y a pas d'hémorragie.

Un autre enseignement que l'on peut tirer de cette intervention rentre dans la production d'un abcès de la paroi abdominale qui est venu au neuvième jour interrompre la courbe thermique parfaite depuis le troisième jour.

Nous croyons pouvoir attribuer cet abcès à l'emploi de la soie, et nous pensons qu'il faut tendre de plus en plus à remplacer ce moyen de suture, dont le professeur Fochier était resté un partisan des plus convaincus, par le catgut, aujourd'hui beaucoup plus employé.

Pour la suture utérine, la soie offre beaucoup plus de sécurité à cause de sa solidité, elle résiste aux contractions utérines des suites de couches et ne semble pas provoquer d'accident si l'on a soin de bien enfouir les sutures musculaires par un surjet placé sur le péritoine, de façon à enfouir les bords mêmes de l'incision, et à adosser la séreuse à elle-même.

OBSERVATION VI

*Opération césarienne pratiquée avant le travail;
déformations très accusées de la tête fœtale.*

Par le Dr PLAUCHU (*Lyon Médical*, 1904).

P... J..., dix-sept ans, domestique, primipare, se présente le 30 août 1904, à la clinique obstétricale (Service du professeur Fabre), suppléé pendant les vacances par M. Plauchu.

Les antécédents héréditaires sont nuls. La mère a eu sept enfants, dont deux morts en bas âge, de convulsions.

Le gestante a été élevée au sein dans des conditions très défectueuses. A l'âge de quatre mois, elle prenait déjà trois soupes par jour; elle n'a marché qu'à trois ans et a présenté des déformations rachitiques des membres inférieurs. Ces déformations ont disparu seules, sans traitement et sans tuteur. Vers l'âge de cinq ans, il n'y avait plus aucune incurvation rachitique appréciable.

Les premières règles ont apparu à quinze ans et très régulièrement depuis; pas de syphilis, pas d'albuminurie.

La grossesse actuelle, à part quelques malaises au début, a été très bien supportée; les dernières règles ont eu lieu du 18 au 22 septembre 1903.

A l'examen, on reconnaît que la constitution générale de la jeune femme est presque normale. Sa taille est de 1 m. 52. Sa physionomie est intelligente et ouverte. Le thorax ne présente pas de déformation, à part un peu de voussure exagérée du sternum. Les seins sont normaux et bien développés. Pas de déformation de la colonne vertébrale ni des membres supérieurs. Les mains sont fortes. Le rapport de la longueur des doigts est normal.

Aux membres inférieurs, les tibias ont une légère convexité externe, en avant la crête tibiale est saillante. Le

fémur présente une convexité externe très accusée, qui se trahit par l'existence d'un espace intercrural admettant facilement deux doigts.

L'utérus volumineux remonte jusqu'aux fausses côtes, à droite. Le fœtus se présente en OI.D.T. La tête est volumineuse et déborde fortement le pubis en avant. Elle est mobilisable. La mensuration au céphalomètre de Perret donne $11 - 2,5 = 8,5$ de bi-pariétal.

La pelvimétrie interne digitale permet de reconnaître un promontoire très saillant au-dessous duquel le sacrum se trouve redressé dans toute son étendue et présente deux faux promontoires à l'union des première et deuxième et des deuxième et troisième sacrées, presque aussi saillants que le vrai promontoire.

Le P.S.P. = 8,5; comme le promontoire est relativement bas, on peut évaluer le diamètre utile entre 7 et 7 centimètres un quart.

L'arc antérieur du bassin présente un petit rayon et les régions sacro-cotyloïdiennes sont légèrement redressées. Les sinus sacro-iliaques sont peu profonds. On fait le tour du détroit supérieur avec la plus grande facilité.

Il s'agit évidemment d'un bassin aplati et généralement rétréci.

La malade se présente pour la première fois à l'observation, le 30 août 1904, c'est-à-dire à huit mois de grossesse, beaucoup trop tard pour que l'on puisse pratiquer l'accouchement prématuré dans des conditions favorables pour l'enfant. D'ailleurs, le bassin est suffisamment mauvais pour que, même à sept mois, sept mois et demi, l'accouchement provoqué puisse être considéré comme très aléatoire pour l'enfant.

On propose à la gestante d'attendre jusqu'au voisinage du terme, au risque de subir l'opération césarienne. La malade accepte l'intervention.

Le 9 septembre, l'enfant a grossi, la tête déborde davantage. La mensuration au céphalomètre donne toujours un

bi-pariétal d'au moins 8 1/2. La hauteur de l'utérus est de 36 centimètres au-dessus du pubis.

Il y a très peu d'eau et un point attire l'attention, c'est la résistance très grande de la paroi abdominale qui est fortement tendue. Dans la position debout, l'utérus ne tombe pas en antéversion même légère, et cette résistance de la paroi maintient l'utérus fortement appliqué en arrière contre la paroi postérieure de l'abdomen. Il n'y a pas de vergetures.

Avec l'aide de M. Thiers, interne du service, je pratique l'opération le 18 septembre, c'est-à-dire quelques jours avant le terme, dans la crainte que l'apparition du travail n'impose l'intervention dans la nuit dans des conditions défectueuses de préparation.

Après désinfection rigoureuse, incision de 18 centimètres sur la ligne médiane commençant à 6 centimètres au-dessus de l'ombilic. L'utérus est découvert sur une étendue de 16 centimètres.

La teinte violet sombre que présente cet organe et la consistance mollassse qu'il offre au doigt permettent de supposer que l'insertion placentaire se trouve sur la paroi antérieure.

Une boutonnière de 2 centimètres est pratiquée au bistouri, tout à fait en bas, et aussitôt un flot de sang noir s'échappe formant un jet de 30 centimètres environ. Sans perdre un instant, je prolonge l'incision utérine aux ciseaux, jusqu'en haut et je mets à nu le placenta sous-jacent. Je le décolle rapidement à gauche jusqu'aux membranes, et après avoir perforé l'œuf, j'extrais le fœtus, en même temps qu'un aide énuclée et accompagne hors de l'abdomen l'utérus diminuant de volume, puis protège rapidement en arrière de lui la masse intestinale avec de larges tampons stérilisés.

La malade a perdu beaucoup de sang et comme son pouls est monté à 112, un aide fait, pendant qu'on continue l'opération, une injection de sérum de 500 grammes dans le tissu cellulaire rétro-mammaire.

Une mèche de gaze iodoformée est introduite serrée dans l'utérus après avoir engagé une extrémité dans le col. L'utérus est d'ailleurs dur et rétracté, une injection d'ergotinine Tanret ayant été faite au début avant l'incision.

Je pratique ensuite la suture de l'utérus suivant la pratique de Fochier, c'est-à-dire un premier plan de points séparés à la soie forte comprenant exclusivement la tunique musculaire de l'utérus et n'intéressant ni le péritoine, ni la muqueuse utérine, et un deuxième plan de suture consistant dans un surjet à la soie fine sur la tunique péritonéale.

Au bas de l'incision utérine, on se rend compte que le segment inférieur a été intéressé sur une étendue de 1 à 2 centimètres, bien que l'incision se soit arrêtée à trois bons travers de doigt du pubis.

Le péritoine n'est plus adhérent à l'utérus et l'on cherche sur la fin de ce surjet à prendre plus profondément avec l'aiguille les plans musculaires sous-jacents (malgré cette précaution, il s'est formé sous le péritoine un hématome sous-péritonéal qui a compliqué les suites de couches).

On s'assure que la ligne de suture ne suinte pas, on replace l'utérus dans la cavité abdominale, puis, à l'aide d'un petit tampon monté sur une pince, on attire au-devant de lui le grand épiploon, selon le conseil donné récemment par Bar.

Suture de la paroi abdominale à trois plans avec la soie et le fil métallique.

Après l'opération, le pouls est à 120. On fait une nouvelle injection de sérum de 300 grammes.

Les suites opératoires ont été généralement bonnes, sauf une ascension thermique à 39 degrés, qui a disparu progressivement dans les cinq jours qui ont suivi. Cette poussée thermique ne nous a paru attribuable ni à une cause intra-utérine, les lochies étaient de couleur normale, sans odeur, ni à une poussée du côté du péritoine, le ventre est toujours resté souple, la malade urinait seule et allait à la selle spontanément, ne vomissait pas, s'alimentait bien.

Ce n'est que le cinquième jour après l'opération, en palpant attentivement l'utérus en voie d'involution régulière, que j'ai trouvé au-dessus et un peu à gauche du pubis une tumeur grosse comme une orange, adjacente à l'utérus dans la région du segment inférieur, formée sans doute par un hématome sous-péritonéal provenant de ce fait que l'incision a intéressé en bas le segment inférieur au niveau de la zone où le péritoine n'est plus adhérent au tissu utérin. L'extrémité inférieure de l'incision a continué à suinter légèrement dans le tissu cellulaire sous-péritonéal.

L'évolution ultérieure a donné, d'ailleurs, à ce diagnostic une grande vraisemblance, la tumeur s'est progressivement résorbée et a disparu.

Les fils abdominaux ont été enlevés au dixième jour et la malade a quitté le service au bout de quatre semaines.

Examen de l'enfant. — L'enfant pèse 3.020 grammes. Sa tête présente des déformations accusées et très curieuses. Elle ressemble, à part l'absence de toute infiltration séro-sanguine, à une tête qui vient de franchir, à frottement dur, un rétrécissement du bassin en présentation inclinée.

Le pariétal gauche est aplati et la bosse pariétale est presque entièrement effacée. Le rebord sagital de ce pariétal chevauche légèrement sous le pariétal droit.

Celui-ci est surélevé, a une courbure exagérée à rayon bien plus court que celle du pariétal opposé, et la bosse pariétale droite, très saillante, déjetée en dehors, surplombe fortement la partie latérale droite du crâne. Ce détail se voit bien dans la photographie ci-jointe, bien qu'elle n'ait été prise que vingt-quatre heures après l'accouchement, alors que les déformations s'étaient déjà atténuées.

Au-dessous de cette bosse pariétale et au niveau de la suture temporo-pariétale se trouve une dépression large, à direction générale antéro-postérieure et dont le point le plus profond correspond à un enfoncement en entonnoir siégeant au-dessus et un peu en avant de l'oreille, tout près de la suture pariéto-coronale.

L'asymétrie de la tête par surélévation et par excès de courbure du pariétal droit est très manifeste quand on regarde la tête de face ou par l'occiput. Elle présente une déformation analogue à la distorsion verticale de Dorhn et aussi un léger degré de distorsion latérale. La bosse pariétale droite est, en effet, plus antérieure par rapport à la bosse pariétale gauche.

Au cinquième jour, ces déformations ont presque disparu.

L'enfant va bien et prend de 25 à 30 grammes par jour. La mère devant l'abandonner à l'assistance publique n'a pas commencé à l'allaiter.

Cette observation d'opération césarienne n'a été marquée par aucune particularité rare ou importante pouvant comporter un enseignement, à part une déformation curieuse de la tête fœtale du petit césarien. Les indications de l'opération étaient classiques; un rétrécissement très accusé d'un bassin rachitique aplati et généralement rétréci.

L'accouchement prématuré artificiel ne pouvait être de mise dans ce bassin dont le diamètre utile avait de 7 à 7 centimètres et quart, puisque la malade n'a été vue pour la première fois qu'à huit mois et quart de grossesse.

J'aurais pu attendre le travail et pratiquer au besoin la symphyséotomie, mais cette intervention perd de plus en plus du terrain dans les rétrécissements très accusés du bassin, et, d'autre part, elle est peu en faveur dans l'école lyonnaise à la suite des critiques adressées, il y a longtemps, par Fochier, qui faisait pour les dystocies de ce genre bien plus volontiers la

césarienne. La mortalité maternelle est, d'ailleurs, depuis les statistiques récentes, au moins aussi élevée que celle de la section césarienne et la mortalité fœtale bien plus forte.

A propos de la complication constatée pendant les suites de couches, je rappellerai toutefois ce principe bien connu déjà qu'il faut pratiquer l'incision très haut sur l'abdomen et sur l'utérus, et rester à trois travers de doigt du pubis pour être bien sûr de ne pas toucher au segment inférieur et avoir ensuite des difficultés d'hémotase. Même chez les primipares, alors qu'on peut prévoir que le segment inférieur sera constitué très haut, il vaut mieux faire porter l'incision moitié au-dessus de l'ombilic et moitié au-dessous.

Je désire surtout attirer l'attention sur les déformations que présentait la tête fœtale, bien que l'intervention eut été faite avant tout début de travail, et avant la rupture des membranes.

Une tête qui franchit la filière pelvi-génitale présente toujours à quelque degré des déformations, et celles-ci sont maxima quand l'expulsion nécessite de longs efforts utérins et qu'il y a des obstacles du côté du bassin ou du côté des parties molles.

La tête d'un enfant extrait par l'opération césarienne avant le début du travail, protégée par le liquide amniotique, n'ayant subi aucune des pressions que lui impose la contraction utérine du travail ou des résistances qu'elle rencontre du côté de la filière pelvi-génitale ne présente aucune déformation et peut être considérée comme une tête normale.

C'est, en effet, la tête d'un petit césarien que Budin

a pris comme type normal pour étudier la forme et les dimensions de la tête fœtale, et c'est ce type qui est considéré actuellement comme base de comparaison pour les dimensions des différents diamètres et circonférences.

L'existence de la possibilité de déformation de la tête dans l'œuf intact, avant tout début de travail, était donc à signaler.

En outre, le siège même de ces déformations montrait exactement quelle était l'attitude de la tête à la fin la grossesse, tant au point de vue de son degré de flexion que de son degré d'inclinaison latérale.

La tête, qui était en OI DT, présentait, en effet, la dépression en cuiller sur la partie latérale gauche de la tête, c'est-à-dire sur celle qui était en regard du promontoire, et cette dépression même ne pouvait s'expliquer que par l'empreinte de ce dernier.

Le pariétal postérieur était en regard du vide du détroit supérieur rétréci; quant au pariétal antérieur, il venait presser sur l'arc antérieur du bassin par un point voisin de la bosse pariétale, et cette pression même explique le degré d'aplatissement qu'on observait sur le pariétal droit ou pariétal antérieur.

La tête, de par ses déformations et de par les empreintes laissées par le promontoire et les déformations des deux pariétaux, se présentait donc en attitude fortement inclinée, en présentation du pariétal postérieur.

Elle portait inscrite d'une manière indiscutable son attitude *in utero* avant le début du travail, et cette attitude indiquait une présentation du pariétal postérieur.

Cette constatation méritait d'être rapportée et ajoutée aux autres constatations faites par Varnier sur des coupes congelées, pour servir à l'étude de l'attitude de la tête à la fin de la grossesse dans les bassins rétrécis.

Reste à se demander quelle est la force qui est intervenue pour fixer la tête dans cette attitude et qui a agi pour la modeler à un point aussi considérable.

La tête, coiffée par le segment inférieur très aminci et le pôle de l'œuf, était en contact intime avec le bassin. Elle a été vraisemblablement pressée pendant tout le dernier mois de la grossesse par la résistance passive mais énergique de la paroi abdominale qui s'est opposée au développement facile du fœtus dans l'abdomen et l'a fortement maintenu tassé contre le bassin. Cette tension intra-abdominale et utérine, maintenue pendant longtemps, a produit le même effet que les pressions énergiques du travail en quelques heures pendant l'accouchement.

OBSERVATION VII

Opération césarienne chez une femme rachitique ayant subi dans l'enfance une ostéotomie double des tibias.

Par M. PLAUCHU (*Lyon Médical*, 1907).

C... née B... Le 30 janvier 1907 se présentait à la maternité de la Croix-Rousse une femme de petite taille (1 m. 38), primipare, enceinte de huit mois et demi et qui était en travail depuis quelques heures.

En procédant à son examen, j'eus l'attention immédiatement attirée par des déformations accusées des membres

inférieurs; au niveau des tibias existaient deux cicatrices linéaires d'anciennes ostéotomies.

Cette malade, nourrie au sein pendant dix mois, avait, au moment du sevrage, présenté des signes francs de rachitisme. Des déformations très accusées des membres inférieurs avaient rapidement apparu, rendant la marche impossible. A l'âge de huit ans, la malade n'avait pas encore fait ses premiers pas.

Elle entra à ce moment à la Charité et elle y subit une double ostéotomie. Un an après, elle marchait sans fatigue. Depuis lors, sa santé est bonne. Les règles se sont établies régulièrement à quatorze ans, jusqu'à la grossesse actuelle, qui a commencé vers le 15 mai 1906. La gestante est donc à huit mois et demi au moment où elle se présente à notre examen le 30 janvier 1907.

La tête, élevée et mobile au-dessus du détroit supérieur, est orientée en droite postérieure. L'attention est attirée du côté du squelette par tous les stigmates d'un rachitisme sérieux ancien (déformations des membres inférieurs, facies, voûte palatine ogivale).

Le bassin est fortement réduit dans son diamètre antéro-postérieur. Le PSP., $7 \frac{3}{4}$; le diamètre utile est donc évaluable à $6 \frac{1}{2}$ au maximum. La concavité sacrée est effacée et il existe sur toute la hauteur du sacrum des faux promontoires saillants.

En outre, au niveau des régions cotyloïdiennes existe un redressement des plus nets, si bien que le bassin est aussi réduit dans son diamètre transversal. C'est un bassin aplati et généralement rétréci, inutilisable.

L'enfant étant à huit mois et demi, il est évident qu'il ne pourra passer vivant dans un pareil bassin; je propose à la gestante l'opération césarienne en lui en donnant les indications. Cette femme, très intelligente, accepte l'intervention.

Elle est transportée, à 2 heures de l'après-midi, dans la salle d'opération du Dr Bérard. Le col est à 50 centimes,

la poche des eaux intacte. Les conditions sont donc excellentes.

Avec l'aide de MM. Papadopoulos et Bosquette, je pratique l'intervention suivant les procédés les plus classiques sur lesquels je n'insiste pas.

L'incision de la paroi abdominale, l'incision de la paroi utérine, l'extraction de l'enfant, l'énucléation de l'utérus, la protection du péritoine et la délivrance se font rapidement sans incident, sans hémorragie grave. L'utérus se rétracte bien, une injection d'ergotinine Tanret ayant été pratiquée dix minutes avant l'intervention.

Je procède aussitôt à la suture de l'utérus suivant le procédé employé par Fochier, et aussi, je crois, par tous ses élèves, c'est-à-dire un plan de suture musculo-musculaire à points séparés, n'intéressant ni la caduque utérine, ni le péritoine. Le premier plan est ensuite recouvert par un surjet séro-séreux enfouissant complètement le premier plan de suture.

L'utérus avait été, au préalable, bourré par une mèche de gaze iodoformée, dont une extrémité avait été engagée dans le col. L'utérus est ensuite réduit dans l'abdomen, l'épiploon ramené au devant de lui et la paroi abdominale restaurée par un double surjet péritonéal et aponévrotique, puis par des points cutanés au crin de Florence.

L'enfant est vivant et vigoureux et pèse 2.680 grammes.

Les suites opératoires furent excellentes, à l'exception d'un abcès de la paroi qui fut ouvert et drainé au quatrième jour qui se cicatrisa rapidement. Trois semaines après, la gestante se levait et ne tardait pas à quitter le service en parfaite santé.

Un mois et demi après, la paroi abdominale est très souple, l'utérus petit, en rétroversion légère; il n'y a aucun signe d'induration ni d'adhérence utéro-pariétale.

A propos de cette observation d'opération césa-

rienne, bien classique dans ses indications comme dans son manuel opératoire, je désirerais insister sur un détail important de la technique opératoire visant le matériel de suture à employer dans cette intervention. Le plus grand nombre des accoucheurs, et en particulier Fochier et ses élèves, emploient pour la suture musculo-musculaire des fils de soie volumineux par points séparés de centimètre en centimètre environ. Personnellement, dans les opérations césariennes que j'ai eu l'occasion de pratiquer antérieurement à celle-ci, j'ai toujours employé la soie sans avoir ultérieurement assisté à aucune complication de ce chef.

Dans l'opération que je viens de rapporter, si je n'ai pas employé la soie, c'est que je n'ai pas eu sous la main des fils assez volumineux pour ne pas couper les fibres musculaires, et cette intervention ayant été décidée d'urgence, je n'avais pas eu le temps de m'en procurer.

J'ai donc employé le catgut n° 2 dont se servent la plupart des gynécologues dans les laparotomies, même pour les grosses ligatures de pédicule de l'ovaire.

Or, je n'ai pas eu à m'en repentir, aucun accident de résorption rapide du catgut n'étant survenu et la suture ayant parfaitement tenu.

En terminant la présentation de cette malade j'attire l'attention sur les résultats éloignés de la double ostéotomie qu'a subie sur les tibias cette malade à l'âge de huit ans, et dont la cicatrice cutanée est des plus visibles; la palpation de l'os ne montre aucune altération quelconque, ni du volume, ni de l'épaisseur, ni de la forme du tibia. La radiographie ci-jointe

montre qu'à part une légère courbure anormale à convexité interne, le tibia ne présente aucune altération, ni aucune trace de cette ancienne ostéotomie.

P.-S. — Enfant actuellement vivant, âgé de neuf ans.

OBSERVATION VIII

Opération césarienne avant le travail chez une épileptique.

Par M. PLAUCHU (*Lyon Médical*, 1908).

L'observation que je vais vous rapporter présente, à la fois, un intérêt obstétrical et médical; elle a trait à une femme porteur d'un rétrécissement grave du bassin, pour laquelle l'opération césarienne était la seule intervention obstétricale logique, et, en plus, cette femme présentait des crises d'épilepsie qui rendaient discutable la possibilité de l'intervention. J'ai cru devoir l'opérer malgré son état épileptique pour les raisons que je vais vous exposer et je n'ai pas eu à me repentir de ne pas m'être laissé arrêter par la tare pathologique que présentait cette malade.

A... L..., secondipare, vingt-cinq ans, se présente enceinte pour la première fois à la Maternité de la Croix-Rousse, le 6 juin 1906. C'est une petite naine de 1 m. 32, qui a fait ses premiers pas à quatorze mois; elle a été ensuite arrêtée dans sa marche pendant un an par un rachitisme grave au cours duquel ont apparu des déformations accusées des membres inférieurs qui ont persisté en partie (convexité antéro-externe des fémurs, tibia en lame de sabre, facies spécial, mains en battoir, etc.).

L'examen montre que les os sont épais et massifs, courts

et déformés. Aux membres inférieurs, des plis transversaux cutanés, très visibles sur cette photographie, indiquent l'exiguité de longueur des diaphyses. Il existe, en outre, un léger degré de *genu varum*. Les hanches sont larges et l'examen externe du bassin ne laisse pas soupçonner l'exiguité du rétrécissement.

Mais, lorsqu'on pratique le toucher, on rencontre immédiatement le promontoire à 7,3 de P. S. P. Ce dernier est élevé, saillant, surplombe une véritable colonne formée par les corps vertébraux sacrés en saillie dans l'excavation. Il n'est pas exagéré de soustraire 1,3 au P. S. P., ce qui donne un diamètre utile de à peine 6 centimètres.

Le diamètre transverse du détroit supérieur est assez grand, les sinus sont effacés, l'arc antérieur est à grand rayon. Il s'agit d'un bassin de forme nettement aplatie qui manifestement ne peut permettre le passage d'un enfant viable.

Au moment où la malade se présente à mon examen, elle est enceinte de sept mois et demi. Je lui propose l'opération césarienne à terme.

Mais je me heurte à un refus obstiné de sa part et de la part de son mari, malgré les moyens de persuasion que j'ai pu employer. Même refus pour toute intervention chirurgicale.

Je fus donc obligé ultérieurement de terminer l'accouchement par une basiotripsie.

Une deuxième grossesse survint peu après en octobre 1906, et la malade revint dans mon service, mais cette fois, je refusai de m'occuper d'elle si elle n'acceptait pas l'opération césarienne, ne voulant pas me faire à chaque grossesse l'exécuteur d'un enfant vivant. Après de longues hésitations, la malade revint en juillet 1907 décidée à l'opération.

Mais, dans cet intervalle, entre octobre 1906 et juillet 1907, un fait nouveau s'était produit. La gestante, qui jusque-là n'avait eu aucun trouble nerveux, ni aucune

crise, présenta à plusieurs reprises des crises épileptiformes.

Deux points pouvaient être discutés : s'agissait-il d'une épilepsie vraie ou de crises hystériques épileptiformes ? Et, en second lieu, l'existence de ces crises devait-elle déterminer une conduite obstétricale différente de l'opération césarienne ?

1° L'habitus extérieur n'était pas celui d'une névropathe. Il n'y avait ni dans les antécédents, ni dans l'état actuel aucun stigmate d'hystérie, ni anesthésie de la cornée ou du pharynx, ni zones d'anesthésie ou d'hyperesthésie cutanées.

Pas d'impressionnabilité du caractère.

La première crise avait apparu peu avant l'arrêt des règles, et depuis que la grossesse était confirmée, les crises s'étaient répétées environ une ou deux fois par mois. Début sans aura ni cri initial, mais chute brusque sur le sol, mouvements toniques et cloniques, parfois morsure de la langue, puis un état d'hébétude qui durait quelques heures à peine, sans véritable état de mal. La malade ne sentait pas venir la crise et n'en gardait d'ailleurs aucune souvenance. Ce tableau ressemblait infiniment plus à de l'épilepsie vraie qu'à de l'hystérie, et le Dr Bouchet qui voyait en ville cette malade, ne conservait aucun doute sur la nature épileptique de l'affection.

2° Cette constatation devait-elle modifier la conduite obstétricale ?

L'existence de ces crises pouvait-elle aggraver le pronostic de l'opération ? Il était peu probable qu'une crise pût apparaître en pleine anesthésie pendant le cours même de l'opération. Un accident convulsif survenant pendant les suites opératoires ne pouvait guère influencer celles-ci. Il n'y avait donc pas lieu d'éliminer la césarienne par crainte d'une crise pendant ou après l'opération.

Mais valait-il la peine de faire courir les aléas d'une opération sérieuse à une femme porteur d'une tare aussi redoutable pour donner naissance à un enfant qui serait

peut-être lui-même épileptique ? J'ai pensé que le devoir de l'accoucheur était de respecter aussi l'intérêt de l'enfant sans s'occuper des tares héréditaires ultérieures, qui étaient d'ailleurs de simples possibilités. D'autre part, l'opération césarienne, pratiquée dans les meilleures conditions, avant le travail, dans une salle aseptique avec des aides exercés, ne présente aujourd'hui qu'une faible mortalité.

Pour toutes ces raisons, je me décidai à faire abstraction temporaire de l'état épileptique de cette malade et je pratiquai l'opération le 20 juillet 1907, avec l'aide de MM. Jouffray et Maire, internes du service.

Je n'insiste pas sur les détails opératoires qui se déroulèrent sans incident. La suture utérine fut faite à deux plans et au catgut. Ces suites opératoires furent excellentes ; la température, le premier jour à 38 degrés se maintint ensuite au-dessous de 37°5. Aucune crise n'apparut après l'opération pendant le séjour à la Maternité.

Un autre problème restait à examiner. Cette femme épileptique devait-elle nourrir son enfant ? Elle avait pour cela tout le nécessaire, de très beaux seins et beaucoup de lait. Je lui conseillais de nourrir dans l'espérance que les crises s'espaceraient la grossesse une fois disparue. Et, en effet, pendant les trois premiers mois il n'y eut pas de nouveaux accidents convulsifs, et l'allaitement se poursuivit sans incident. Mais à partir de trois mois des crises nouvelles apparurent, et celles-ci ayant de la tendance à se rapprocher, le Dr Bouchet conseilla, avec juste raison de cesser l'allaitement craignant que l'enfant ne fût blessé au cours d'une chute. L'enfant était, d'ailleurs vigoureux et bien portant, il put être mis en nourrice dans de bonnes conditions.

P. S. — L'enfant, pesant à la naissance 2.525 grammes, est revu le 13 janvier 1908 pesant 6 kilogrammes.

Dans les rétrécissements inutilisables du bassin, on doit pratiquer toujours l'opération césarienne conser-

vatrice, car la nécessité de pratiquer une césarienne itérative à une grossesse ultérieure ne crée pas par elle-même une indication de l'opération de Porro.

L'opération césarienne conservatrice a été pratiquée souvent deux et trois fois chez la même femme. La deuxième opération n'est pas sensiblement plus grave que la première.

Ce n'est que lorsque des phénomènes inflammatoires ont produit à la première intervention des adhérences utéro-pariétales ou autres, rendant la répétition de la césarienne plus difficile et, par suite, plus dangereuse, ou lorsque l'utérus présente la cicatrice de deux ou trois césariennes qui diminuent sa résistance et modifient par trop sa musculature, qu'on est autorisé suivant l'expression de Varnier, « à mettre la mère en réforme pour infirmités contractées dans le service ».

L'opération de Porro serait indiquée aussi si les déformations du squelette étaient sous la dépendance non du rachitisme, mais de l'ostéomalacie, ce qui n'est pas le cas. Cette malade n'est pas une ostéomalacique, c'est une simple rachitique dont les troubles d'ossification sont éteints depuis l'enfance.

OBSERVATION IX

Césarienne et opération de Porro, nécessitées par un fibrome prævia. — Elimination spontanée du fibrome par le trajet utéro-abdominal.

Par M. PLAUCHU (*Réunion obstétricale de Lyon, 1908*).

B... R..., quarante-deux ans, III pare, ne présente

aucun antécédent digne d'être signalé. Réglée à treize ans, les règles ont toujours été régulières et peu abondantes.

Un premier accouchement a lieu en 1895, un second en 1899, tous deux spontanément et sans incident. Les enfants nourris par la mère sont vivants actuellement. Pendant toute la période qui s'étend entre 1899 et 1907, les règles ont été normales et régulières. Aucun phénomène particulier n'a attiré l'attention du côté de l'utérus.

La grossesse actuelle commence en juillet 1907 (D. R. le 12 juillet) et se passe sans incident particulier.

Le 5 avril, une hémorragie assez abondante se produit ; la malade entre chez la sage-femme qui doit l'accoucher. Puis deux nouvelles hémorragies ayant eu lieu, en même temps qu'apparaissaient les contractions utérines du travail, la parturiente est envoyée à la Maternité de la Croix-Rousse, où elle entre le 10 avril 1908.

L'examen, à ce moment, montre un utérus assez gros. Hauteur utérine, 39 centimètres. Le palper permet de constater que le fœtus se présente par le sommet en O.I.D.P., mais que la tête fœtale est très élevée au-dessus du pubis. Au toucher, on perçoit immédiatement une tumeur volumineuse lisse et arrondie occupant l'excavation jusqu'au niveau du périnée. On dirait au premier abord une tête fœtale profondément engagée dans le pelvis, mais outre qu'il n'y a ni suture ni fontanelle, cette tumeur a une consistance molle bien différente de celle d'une tête fœtale. En aucun point périphérique de cette tumeur, ni en arrière ni sur les côtés, on ne perçoit le col utérin. Celui-ci est situé derrière et au-dessus du pubis, au fond d'un infundibulum rétro-pubien dans lequel le doigt s'engage avec peine et affleure le col situé très haut et sans dilatation appréciable.

Le diagnostic de tumeur pelvienne obstruant complètement le bassin s'impose. Comme la parturiente est déjà en travail depuis près de vingt heures, j'essaie quelques manœuvres de refoulement qui montrent que la tumeur est

solidement et immuablement fixée dans l'excavation, et décide sur-le-champ de pratiquer l'opération de Porro. Il s'écoule toujours par le vagin une certaine quantité de sang (symptomatique d'un placenta prævia) qui rend l'intervention urgente. Celle-ci est pratiquée à 9 heures du soir avec l'assistance du Dr Gayet.

Incision abdominale et incision utérine classiques. L'extraction de l'enfant, l'énucléation de l'utérus se font sans incident et sans hémorragie exagérée. Le placenta est inséré sur le pôle inférieur de la cavité utérine presque centre pour centre, autant qu'on peut en juger au cours d'une intervention rapide par nécessité. L'utérus bourré de gaze et comprimé, on cherche à énucléer du pelvis le fibrome prævia. Ce dernier comprenait non seulement la masse enclavée et perceptible par le toucher, mais remontait en s'amincissant sur la paroi postéro-latérale de l'utérus presque jusqu'à l'union du tiers et des deux tiers inférieurs.

J'essaie, en passant la main dans le cul-de-sac de Douglas, d'attirer en haut le fibrome et de l'énucléer avec l'utérus pour le comprendre dans l'hystérectomie, mais malgré des tractions énergiques, cette énucléation est impossible. M. Gayet essaie à son tour, en même temps qu'un aide refoule la tumeur par le vagin ; tous nos efforts restent vains.

Je me décide alors, pour ne pas prolonger trop une intervention radicale qui s'annonçait comme longue et pleine de difficultés, à pratiquer l'amputation utérine immédiatement au-dessus de la masse fibromateuse pelvienne. Un lien élastique fut placé fortement serré à ce niveau, puis les broches fixatrices et les sutures terminées au catgut. Le pédicule fut entouré à sa base d'une lanière de gaze iodoformée et saupoudrée par le mélange classique :

Tanin.	3
Acide salicylique.	1

L'enfant mis au monde était vivant et pesait 3.380 gram-

mes. Il fut mis en nourrice au sein par volonté de la mère. Il est actuellement bien portant.

Suites opératoires. — Pendant les dix premiers jours qui suivirent l'intervention, la malade alla bien. Il ne survint aucun phénomène péritonéal et la température oscilla entre 37°,3 et 37°,9. Mais au onzième jour, la température monta deux jours de suite à 39 degrés. Le pédicule gangrené fut enlevé avec les broches et le lien élastique. La température retomba à nouveau pendant quelques jours, puis remonta à 39 degrés le soir, où elle se maintint ainsi pendant environ trois semaines.

Pendant tout ce temps, à chaque pansement j'analysais soigneusement les phénomènes qui pouvaient donner lieu à cette ascension thermique et il devint bientôt évident que le fibrome, lui-même infecté dans le fond du trajet utéro-abdominal, suppurait. En glissant le doigt par le trajet, on sentait dans le fond sa masse isolée et arrondie, en partie décollée des parois voisines; deux drains furent placés à ce niveau par où s'échappa du pus en abondance et la température retomba aux environs de 38 degrés. Nous nous propositions alors, le Dr Gayet et moi, pour mettre fin à cet état qui sans être inquiétant et sans altérer en rien l'état général de la malade retardait la guérison, à pratiquer par la voie vaginale l'ablation du fibrome pour faire un drainage abdomino-vaginal lorsque le 30 mai, en pratiquant le toucher, je constatai que le fibrome avait presque quitté l'excavation, était remonté beaucoup et affleurait l'orifice abdominal qu'il soulevait légèrement.

Je saisis alors le fibrome avec une forte pince à dents, et, en dilatant progressivement l'orifice abdominal, je pus très facilement extraire la masse fibromateuse plus ou moins laminée, et presque sans altération.

La suppuration avait détruit la coque celluleuse périfibromateuse, avait supprimé ses adhérences et avait rendu possible cette élimination presque spontanée. Cette masse fibreuse pesait 280 grammes.

Un gros drain fut placé dans la cavité ; la température revint rapidement à la normale et la cicatrisation du trajet fut très rapide. En quinze jours, le trajet était complètement oblitéré et la malade quittait le service à la fin juin.

Aujourd'hui sa cicatrice est solide, sauf en un point qui correspond au pédicule. A ce niveau existe une petite éven-tration de deux centimètres environ de diamètre. Par le vagin on ne perçoit plus aucune masse anormale ; les culs-de-sac sont souples et réguliers.

Bien que ce cas se soit terminé en somme très heureusement et qu'il ait présenté l'intérêt inhérent à l'élimination spontanée du fibrome pelvien, je me garderai bien d'en tirer des conclusions optimistes, ni de compter beaucoup sur cette élimination dans d'autres cas analogues.

Je reste convaincu que dans tous les cas où elle est possible, l'hystérectomie totale ou subtotale entraînant l'ablation immédiate de tout l'utérus fibromateux reste l'opération de choix. Mais il faut compter avec les cas, très rares, il est vrai, où elle paraît impossible et savoir se contenter d'une intervention provisoire, moins complète, moins idéalement chirurgicale, mais moins grave, quitte à recourir à une seconde intervention plus tard si c'est nécessaire.

Dans notre cas, cette intervention aurait été l'ablation du fibrome par le vagin si son élimination spontanée par l'abdomen n'était venu dénouer les complications suppuratives.

P. S. — Enfant en bonne santé le 15 juin 1916.

OBSERVATION X

Bassin aplati et généralement rétréci.

Opération césarienne conservatrice.

S... M... vingt-neuf ans, primipare, a marché à quatorze mois et n'a jamais eu de maladie grave dans son enfance. Règles régulières à partir de seize ans.

Se présente à la Maternité de la Croix-Rousse enceinte de huit mois le 10 novembre 1908.

Taille 1 m. 40, femme chétive à os grêles sans déformations apparentes, ni signes évidents de rachitisme. Un goître assez accusé à gauche.

D... R... 8 mars 1908. — Grossesse bien supportée. Le bassin est très rétréci. Promontoire peu saillant, sinus sacro-iliaques effacés. Sacrum projeté en avant, deux faux promontoires sacrés P. S. P. = 9. Le diamètre utile est à peine de 7 1/2. L'opération césarienne est indiquée d'une façon absolue.

Intervention dans la salle d'opérations du Dr Gayet, le 1^{er} décembre 1908, avec l'aide des internes du service. Césarienne absolument classique sans particularités. Intervention facile sans hémorragie grave, sutures utérines à la soie, à la Fochier, suture abdominale au catgut et aux fils métalliques.

Suites parfaites. La température n'atteint pas 38 degrés les huit premiers jours. Ultérieurement un petit abcès de la paroi la fait monter à 39 degrés. Incision et soins consécutifs; deux ou trois nœuds de catgut encore visibles sont éliminés au quinzième jour. Puis guérison. Sortie 7 janvier 1909. Enfant de 3 kilogrammes, vivant élevé au sein quelques jours par sa mère, puis envoyé à Longchêne.

Aucune nouvelle ultérieure de la mère, ni de l'enfant.

OBSERVATION XI

Rétrécissement du bassin; césarienne avant le travail.

M... née M. . T... vingt-quatre ans, secondipare.

Cette jeune femme vient à l'hôpital, envoyée par une sage-femme du dehors, en novembre 1908, pour longueur du travail et souffrance du fœtus. La poche des eaux est rompue, les eaux sont verdâtres et la présentation est une mento-iliaque gauche transverse. L'accoucheur pratique le forceps au détroit supérieur, mais l'enfant succombe pendant l'extraction.

Un an après, en 1909, cette malade redevient enceinte et vient à la consultation de la Croix-Rousse, M. Plauchu examine soigneusement son bassin et voici le résultat de ses mensurations :

Le promontoire est élevé, effacé, accessible à 10 centimètres, ce qui porte le diamètre utile à 8 centimètres et demi. Le contour du détroit supérieur est très nettement arrondi, très facilement explorable. Les sinus sacro-iliaques sont effacés, l'arc antérieur du bassin est à court rayon, c'est le type parfait du bassin justo-mineur.

Du côté du squelette on observe des signes discrets de rachitisme, les bosses frontales sont saillantes, le front est olympien, les os du squelette sont gros, il y a ébauche de mains en battoir. Les jambes sont courtaudes mais sans incurvation anormale. La malade accuse qu'elle a marché tard, elle dit ne pas avoir eu de maladie grave dans l'enfance, les dernières règles ont eu lieu le 9 mai 1909. Le 6 janvier le Dr Plauchu examine à nouveau cette femme et décide une intervention césarienne. Celle-ci est pratiquée le 4 février 1910 avant tout début de travail. L'opération césarienne est absolument classique; on suture la plaie utérine en deux plans, l'un musculo-musculaire au catgut, le second sero-séreux au catgut aussi.

Suites opératoires satisfaisantes, une bronchite aiguë attribuable à l'anesthésie ou à la grippe donne le troisième jour une température élevée à 40 degrés. Après ce clocher unique, la température retombe et reste normale. Premier lever le seizième jour, sortie vingt-huit jours après l'intervention.

L'enfant pesait à la naissance 4.060 grammes. Il peut être nourri par sa mère à l'allaitement mixte, il s'est bien élevé et a été revu aux consultations de nourrissons.

Le 15 juin 1916 enfant vivant.

OBSERVATION XII

Rétrécissement du bassin.

Opération césarienne avant le travail.

D... C... née M... E... trente-six ans ménagère. Père vivant et en bonne santé, mère morte à soixante-quatre ans d'affection inconnue, deux frères et sœurs en bonne santé. La malade a marché très tard ; vers l'âge de trois ans, elle eut, les jambes incurvées, et dut porter des appareils tuteurs. Plusieurs maladies éruptives de l'enfance (scarlatine, rougeole.) Elle fut réglée à quinze ans et très régulièrement depuis. A vingt-quatre ans, elle fut opérée à l'Hôtel-Dieu d'une hernie étranglée. Habituellement, elle jouit d'une très bonne santé. Mariée à trente ans à un mari de constitution robuste, elle devint enceinte deux ans après, elle accoucha chez elle, mais l'accouchement fut très laborieux. Le forceps fut appliqué, mais l'enfant ne put être extrait vivant. A trente-quatre ans, elle eut une fausse couche de cause inconnue.

Grossesse actuelle. — Les dernières règles ont eu lieu le 16 décembre 1908. On se trouve en présence d'une grossesse de sept mois, lorsqu'elle se présente à la consultation des femmes enceintes à la maternité de la Croix-Rousse.

L'utérus dépasse notablement l'ombilic, plus élevé qu'il ne devrait l'être à cette époque de la grossesse. La tête est sentie à droite sous les fausses côtes, dans la corne utérine droite. Présentation en SIDP.

L'examen du bassin montre un promontoire très élevé, très saillant, continué en dessous par un pilastre convexe,

saillant lui aussi, et occupant les deux tiers du sacrum avec deux faux promontoires assez marqués. Les sinus sacro-iliaques sont profonds. L'arc antérieur est à court rayon. On observe un angle obtus entre les régions symphysiennes et cotyloïdiennes. Le P. S. P. mesure 9, 3. Bassin aplati et généralement rétréci symétrique.

La malade accepte l'opération césarienne au voisinage du terme, sur l'affirmation que l'accouchement provoqué serait déjà tardif pour espérer le passage d'un enfant vivant.

Le 24 septembre 1909, l'intervention césarienne est pratiquée avant tout début de travail. On prend les précautions d'asepsie habituelles, mais on ne fait pas d'injections vaginales. Anesthésie au Billroth. La technique opératoire se déroule suivant le mode classique. Incision de 20 centimètres sus et sous-ombilicale, sans extériorisation préalable de l'utérus. On incise l'utérus sur une longueur de 18 centimètres. Le placenta n'est pas incisé. Extraction du fœtus, énucléation simultanée de l'utérus hors de l'abdomen sans incident. Suture à la Fochier à la soie à deux plans.

On n'observe pas d'inertie utérine malgré l'oubli d'une injection d'ergotine. Suture de la paroi abdominale à trois plans au catgut. Hémorragie modérée. Pas de mèche intra-utérine.

Les suites opératoires sont excellentes, on donne une purgation au cinquième jour, *la température ne dépasse pas 37°6*, la malade se lève au quinzième jour et quitte l'hôpital quatre semaines après l'intervention.

A la naissance, l'enfant pesait 4 kilogrammes; la mère est mauvaise nourrice et il faut envoyer le nouveau-né à la nourricerie Rémond. Le 17 janvier 1910, la malade se présente à la consultation. Elle a eu son retour de couches soixante jours après l'intervention; jusqu'au 14 janvier elle n'a pas eu la moindre trace de règles et c'est seulement à cette date qu'elle marque à nouveau son linge un peu en rouge. Le toucher montre un utérus un peu volumineux, on ne sent aucune masse inflammatoire, tout est souple.

A la même date on revoit l'enfant qui est en excellente santé.

Le 23 mars 1910 l'enfant meurt rapidement en quarante-huit heures d'une broncho-pneumonie, à l'âge de six mois.

OBSERVATION XIII

Rétrécissement du bassin. — Opération césarienne avant le travail. — Premier accouchement terminé par une basiotripsie.

B..., née R..., vingt-sept ans, ourdisseuse, secondipare. En 1907, cette jeune femme a eu une première grossesse pour laquelle elle est envoyée, après plusieurs heures de travail, à la maternité de la Croix-Rousse. Cette femme frappe d'ailleurs tout de suite par sa petite taille. Malgré un rétrécissement du bassin évident, le Dr Plauchu ne consent pas à faire une intervention chirurgicale, la malade ayant été examinée en ville à plusieurs reprises. Une application de forceps avec lacs est suivie malgré des tractions énergiques d'un insuccès total et doit être suivie d'une basiotripsie. Cette opération est très longue et très laborieuse ; l'enfant était très gros et pesait 3.800 grammes sans compter le sang et la matière cérébrale. Cette femme revient directement dans le service de M. Plauchu, trois ans plus tard, pour une nouvelle grossesse.

On examine avec soin son bassin et on trouve :

Le diamètre promonto-sous-pubien est de 10 centimètres. Il est élevé, on sent un faux promontoir sacré ; le diamètre utile est 8 centimètres et quart. Le détroit supérieur est arrondi ; on en fait facilement le tour. Les cavités cotyloïdes sont redressées. C'est un bassin d'un pronostic sérieux, du type aplati et généralement rétréci.

On discute l'intervention qui pourrait faire courir le minimum de risque à la mère et le maximum de chance pour l'enfant. Ce dernier, comme au cours de la première

grossesse, est gros. L'accouchement prématuré n'aurait de chance qu'à sept mois et quart. C'est pourquoi l'accouchement césarien est décidé. La malade ayant eu ses dernières règles le 25 juillet 1909, l'opération est pratiquée avant tout début de travail le 13 avril 1910. On suit la technique classique d'une opération césarienne. Un seul incident à noter, c'est l'incision directe sur le placenta. On fait la suture de la plaie au catgut. La température est assez satisfaisante, on note une seule fois 38°5 ; on enlève les fils au huitième jour. La malade se lève pour la première fois au douzième jour et elle quitte le service de la maternité de la Croix-Rousse quatre semaines après l'intervention, complètement rétablie.

Il est intéressant de noter qu'au cours de la basiotripsie faite pour la première grossesse, la température s'était élevée à 39°5. Les suites de couches avaient été plus longues et moins satisfaisantes qu'au cours de la césarienne.

L'enfant est nourri au sein. A la naissance le poids du nouveau-né était de 3.550 grammes, celui-ci tombe à 3.000, mais ne tarde pas à reprendre progressivement. Il est revu l'année suivante, il a onze mois et pèse 9 kg. 620. L'état de la mère est excellent aussi, son retour de couches s'est effectué huit mois après l'intervention, et le 16 mai 1911, elle allaite encore son enfant.

Le 15 juin 1916, enfant vivant.

OBSERVATION XIV

Rétrécissement grave du bassin. — Opération césarienne avant le travail.

R... B... T..., vingt-six ans, primipare. Rien à noter comme antécédents héréditaires A. P. La malade a présenté un rachitisme grave de l'enfance; elle a eu des déformations très accusées, à cause de ces déformations elle n'a pu marcher qu'à l'âge de six ans. Elle a conservé des défor-

mations persistantes à l'heure actuelle. A part cela une bonne santé habituelle. Premières règles à quatorze ans et très régulières.

La grossesse actuelle a commencé en mars 1910, dernières règles du 20 au 26 mars. La gestante serait donc à terme vers le 10 janvier 1911.

Examen général. — Femme de bonne santé, de petite taille : 1 m. 38. Squelette grêle dans son ensemble, facies particulier, voûte palatine ogivale, dents mal implantées, coudures entre les deux premières pièces du sternum; vestiges de chapelet chondro-sternal, déformations surtout accusées aux membres inférieurs, convexité antéro-externe des fémurs se traduisant par un intervalle de deux travers de doigts entre la face interne des cuisses, convexité marquée antérieure des tibias; ceux-ci présentent le maximum de la conformation des tibias dits « en lame de sabre ».

Examen du bassin. — Promontoire très saillant et en bec, convexité sacrée exagérée, véritable coudure à angle droit des dernières pièces du sacro-coccyx, on fait facilement le tour du détroit supérieur. Les régions cotyloïdiennes sont fortement redressées, c'est un type de bassin aplati et généralement rétréci pseudo-ostéomalacique, déformations identiques des deux côtés, bassin symétrique.

P.S.P. = 8, 2, diamètre utile inférieur à 7 centimètres, c'est un type de bassin inutilisable pour un accouchement normal, passible seulement de l'opération césarienne.

Le fœtus paraît bien développé au moment où la malade se présente à la Maternité le 21 décembre 1910. L'intervention est décidée pour le commencement de janvier.

Intervention 4 janvier 1911.

Préparation la veille, purgation, savonnage prolongé de l'abdomen, lavage à l'alcool, badigeonnage à la teinture d'iode.

L'anesthésie est faite au Billroth. Incision de 20 centimètres à cheval sur l'ombilic. Incision utérine portant en

plein sur le placenta, hémorragie relativement très abondante, extraction ultra rapide du placenta par traction sans essai de clivage à cause de l'abondance de l'hémorragie : rétention totale des membranes qui paraissent adhérentes à la caduque. On est obligé de les saisir avec des compresses et d'incurver l'utérus de manière à ce que sa face interne devienne extérieure pour faciliter l'extraction des membranes. Le muscle utérin saigne relativement peu, et l'on peut porter toute son attention pour extraire complètement les membranes dont l'ablation est surtout difficile au niveau du col et du segment inférieur. Suture à la Fochier exclusivement à la soie. L'épiploon est ramené au devant de l'utérus.

Suture abdominale à trois plans, catgut et crin de Florence.

Les suites opératoires sont bonnes. La température se maintient entre 37°9 et 38°4 pendant six jours, le septième jour chute progressive jusqu'à la normale, le pouls n'a jamais dépassé 108 pulsations.

Miction spontanée le premier jour, purgation le troisième jour.

Premier pansement le sixième jour, rien à la paroi ni au péritoine expliquant l'état subfébrile. La malade quitte le service le 4 février 1911 complètement guérie.

L'enfant pesait 2.960 grammes. Il a été extrait en état de mort apparente et a même été très difficile à ranimer, ce n'est qu'au bout de dix minutes de traitement qu'il a commencé à crier. Dans la suite il est allé bien et sa courbe de poids a été normale. L'enfant a été revu en juin 1913, c'est-à-dire deux ans après, à la consultation de la Maternité, il est normalement développé. Nourri au sein par la mère.

P. S. — Enfant revu le 15 janvier 1916 en bonne santé.

OBSERVATION XV

*Bassin scolio-rachitique. — Opération césarienne
avant le travail.*

N... A..., née M... R..., vingt-six ans, le 25 novembre 1911.

Personnellement, la jeune femme a été nourrie au sein d'une manière très défectueuse. Pendant sa première enfance, elle a été chétive; signes accusés de rachitisme. Elle n'a fait ses premiers pas qu'à l'âge de trois ans et dès cette époque présentait une scoliose assez marquée. Elle est réglée à seize ans et très régulièrement. De seize à vingt-quatre ans, la malade présente des crises névropathiques. A vingt-quatre ans, elle se marie et fait une fausse couche de deux mois.

Grossesse actuelle. — Ses dernières règles normales ont eu lieu le 25 janvier 1911. Le 25 février, légère marque rouge pendant une demi-journée.

L'examen de la femme montre que celle-ci est de petite taille (1 m. 40). On note une voûte palatine ogivale et le chapelet chondro-sternal. La colonne vertébrale présente une scoliose à convexité droite au niveau de la région dorsale. La compensation est à peu près complète à la région lombaire. On note une exagération de la saillie de l'omoplate gauche. Le squelette est grêle. Il y a aussi de l'incurvation des tibias et on observe un intervalle de plusieurs centimètres à la racine des cuisses. L'examen du bassin montre que le diamètre P. S. P. est de 9 centimètres. D. U. = $7\frac{1}{2}$, c'est-à-dire inutilisable pour un accouchement normal. Le promontoire est élevé, saillant et en bec. Le sinus sacro-iliaque gauche se dirige transversalement en dehors, formant un coude brusque avec la région sacro-

cotyloïdienne, laquelle est très nettement convexe en dedans. Le sinus sacro-iliaque droit est moins profond et plus arrondi. La région sacro-cotyloïdienne est moins projetée en dedans et presque rectiligne. La symphyse pubienne est également déviée à droite de la ligne médiale.

M. Plauchu pose le diagnostic de bassin aplati, généralement rétréci et légèrement asymétrique. Par suite de la déviation de la colonne vertébrale, c'est la hanche gauche qui se trouve plus directement dans le prolongement de l'axe latéral du corps, c'est ce qui explique le plus grand enfoncement de la région sacro-cotyloïdienne gauche.

C'est un bassin absolument inutilisable pour un enfant viable; indication formelle de l'opération césarienne. La malade étant à terme à la fin de novembre 1911, on pratiquera l'intervention vers le 25 novembre.

L'opération césarienne est effectuée à l'hôpital de la Croix-Rousse le 27 novembre, après la désinfection soignée de la paroi et injection d'ergotine. La malade est anesthésiée à l'éther, le reste de l'opération est faite suivant la méthode classique. Après une incision sus et sous-ombilicale de 20 centimètres, on incise l'utérus en même temps qu'on extrait l'enfant, sans extériorisation préalable du globe utérin. Pendant ce temps, un aide protège le péritoine par des compresses et maintient les bords de la paroi avec une pince à trois dents. On constate une légère déchirure à la partie supérieure de l'incision utérine, et l'irruption du liquide amniotique dans la cavité abdominale. Pendant qu'un aide rapproche les bords de la plaie utérine, la suture de celle-ci est faite sur deux plans, le premier à points séparés au catgut, le second au catgut à la Lembert. La suture de la paroi est faite au catgut.

Les suites opératoires sont normales; le soir, il faut cependant sonder la malade et lui faire une piqûre de morphine. Vingt jours après l'intervention, on note une élévation à 38°5, due à des troubles digestifs.

A la naissance, l'enfant pesait 3.750 grammes.

Il a largement dépassé son poids de naissance lorsque la mère quitte l'hôpital.

En juin 1912, c'est-à-dire six mois après l'opération, la malade revient à l'hôpital pour une tuméfaction de la grosseur d'une noix qu'elle présente au-dessous de l'ombilic. Cette grosseur est nettement fluctuante, on l'incise et on évacue un contenu rougeâtre. Vraisemblablement, hémato-me en voie de suppuration.

A la même date, l'enfant présente une atrophie pondérale, il ne pèse que 4.800 grammes. La mère ne pouvant l'allaiter au sein, le nourrit exclusivement au biberon.

L'enfant a été revu à six mois. En mauvais état, ne pesant que 4.880 grammes. Elevé au biberon.

P.-S. — Enfant mort à dix mois.

OBSERVATION XVI

Rétrécissement du bassin.

Opération césarienne pendant le travail.

L... Y..., née S... X..., primipare. Père mort de ramollissement cérébral, mère morte de cardiopathie à cinquante et un ans. On ne peut recueillir aucun renseignement sur ses premières années, ni sur son mode d'allaitement, ni sur la date de ses premiers pas. Elle fut seulement réglée très tard, à dix-neuf ans, mais très régulièrement. Elle se marie à vingt-deux ans et devient presque de suite enceinte.

Lorsqu'elle se présente pour la première fois à la consultation, elle est enceinte de quatre mois, elle n'a que peu de troubles sympathiques; cependant, depuis quelque temps, elle souffre d'un point épigastrique très net, avec irradiation dans la région lombaire; les douleurs sont continues, mais avec paroxysme après l'ingestion d'aliments. Souvent elle présente des vomissements qui mettent fin aux douleurs. En décembre 1915, elle présente une hématoméose assez abondante; elle accuse en avoir déjà eu, mais

jamais aussi abondantes que cette dernière fois. On soumet la malade au régime lacté et aux alcalins; les vomissements diminuent, la grossesse poursuit normalement son cours.

Le 1^{er} mars 1912, on examine à nouveau la malade. La tête ballotte sous le foie, les bruits du cœur sont perçus à droite et au-dessus d'un ombilic. Le toucher permet de sentir en avant du col une petite masse réductible, sur laquelle on porte le diagnostic de varice vaginale. La présentation est très élevée et inaccessible. L'examen du bassin montre un promontoire très élevé accessible à 10 centimètres et demi; les sinus sacro-iliaques sont profonds, mais il existe un véritable sillon de plicature au fond des sinus sacro-iliaques, à partir duquel le détroit supérieur rejoint en ligne droite la symphyse pubienne en avant. Bassin aplati et généralement rétréci.

Le 6 avril 1912, la malade est examinée à nouveau. La tête est perçue au-dessus du détroit supérieur qu'elle surplombe. Il y a une disproportion évidente entre la tête et le bassin. Devant la certitude d'une dystocie importante, le Dr Plauchu décide d'attendre le début du travail pour observer si quelques signes d'engagement vont se produire. Si aucun engagement ne se produit, on pratiquera l'opération césarienne.

Le 14 avril, la malade commence à avoir quelques douleurs qui se rapprochent et qui surviennent toutes les dix minutes. La tête est toujours très mobile; en fixant celle-ci contre le détroit supérieur, il est manifeste qu'elle déborde cependant moins qu'à l'examen précédent. La hauteur utérine est de 34 centimètres, ce qui montre, étant donné l'élévation de la tête, qu'on a affaire à un enfant d'un volume moyen. Il semble donc pour le moment que l'opération césarienne soit contre-indiquée et qu'il soit préférable d'attendre un travail plus avancé pour discuter la possibilité d'une intervention chirurgicale.

Pendant la nuit du 14 au 15, la malade a eu des douleurs

d'intensité moyenne qui lui ont permis cependant de reposer assez tranquillement. Le 15 au matin, les contractions paraissent un peu plus actives, sans que pour cela le travail aille beaucoup de progrès. L'examen montre une tête toujours très élevée, sans tendance à l'engagement. La poche des eaux est intacte, le Dr Plauchu décide alors l'opération césarienne et la pratique le 15 avril, à 8 heures du matin.

Préparation habituelle au moment de l'intervention, ni purgation, ni lavement. On fait à la malade une injection d'ergotine. La malade est anesthésiée à l'éther. Incision médiale sus- et sous-ombilicale de 20 centimètres, 10 centimètres au-dessus, 10 centimètres au-dessous de l'ombilic; on incise l'utérus en faisant une ponction au bistouri et en continuant l'incision avec des ciseaux sur une longueur de 18 centimètres, on tombe sur le placenta, ce qui provoque une hémorragie assez abondante. C'est le siège de l'enfant qui se présente au niveau de l'incision utérine. On saisit le fœtus par un pied et on l'extrait rapidement. Après énucléation de l'utérus, on débarrasse celui-ci du placenta et de ses membranes, on suture l'utérus par deux plans : un premier plan musculo-musculaire, un second séro-séreux, enfin, on fait la suture de la paroi abdominale sur trois plans au catgut. Les suites opératoires sont satisfaisantes; immédiatement après l'opération, le pouls bat à 120, il est bien frappé. La température n'atteint pas 38 degrés le lendemain de l'opération, et revient progressivement à la normale. Le premier pansement se fait au huitième jour, on enlève les fils, la suture est normale. La malade se lève au quinzième jour et quitte l'hôpital le 11 mai. L'enfant, à la naissance, pèse 3.150 grammes. La chute du poids le ramène à 3.000. La mère, excellente nourrice, l'allaita au sein, et l'enfant s'élève normalement. Enfant bien portant, normalement développé en février 1916.

OBSERVATION XVII

Opération césarienne au début du travail pour rétrécissement du bassin.

B..., née J..., vingt-trois ans, primipare. La malade a encore son père et sa mère, l'un et l'autre jouissent d'une bonne santé, elle a eu une sœur bien portante. La jeune femme a été nourrie au sein et a fait ses premiers pas vers quatorze mois; elle a eu une bronchite vers l'âge de trois ans, mais elle n'a jamais eu de maladie grave; elle a été réglée à treize ans, mais toujours assez irrégulièrement, elle ne tousse pas et ne crache pas. Femme assez adipeuse; palpation assez difficile; elle se présente, au cours de la consultation des femmes enceintes à laquelle elle vient se faire examiner, un disque moyen d'albumine.

Grossesse actuelle. — Les dernières règles ont eu lieu le 15 septembre 1911. L'utérus a une hauteur de 36 centimètres. Présentation en O.I.G.A.

La mobilité de la tête au-dessus du détroit supérieur attire de suite l'attention vers un *rétrécissement du bassin*.

La malade présente un aspect masculin très inesthétique. Le diamètre bi-trochantérien est réduit, le losange de Michaélis ne présente aucune particularité; le toucher montre une arcade pubienne très étroite et très élevée.

Le promontoire est très élevé et très difficile à atteindre. On l'atteint à plus de 11 centimètres. Par contre, on atteint très facilement les sinus sacro-iliaques et on fait très facilement le tour du détroit supérieur. Les régions sacro-cotyloïdes sont redressées et l'arc antérieur est à court rayon.

Si l'on ne tenait compte que du rétrécissement général, on serait conduit à un pronostic très sérieux, seulement les

dimensions antéro-postérieures du bassin sont suffisantes et avec un enfant d'un petit volume on pourrait espérer un accouchement possible par les moyens obstétricaux usuels. Cependant, dès ce moment, on hospitalise la malade afin de la surveiller au cas où l'on serait conduit à une opération césarienne.

Un peu plus de trois semaines après ce premier examen, le 26 juin 1912 exactement, la malade commence à avoir quelques douleurs. L'enfant paraît gros, elle est un peu en retard sur la date probable de son accouchement. L'examen révèle une tête toujours très élevée et mobile, malgré la dilatation à 5 francs du col. Le Dr Plauchu décide alors l'opération césarienne. Cette opération se fait suivant les méthodes classiques, et ne donne lieu à aucun incident. Le placenta est inséré sur la face antérieure de l'utérus et est traversé par l'incision. On suture la plaie utérine à la soie, on ne fait pas de drainage, l'hémorragie est d'intensité moyenne.

Les suites opératoires sont très favorables; l'albumine disparaît quatre jours après l'intervention, la température ne dépasse pas 38 degrés, la malade se lève au quinzième jour et quitte l'hôpital vingt jours après l'opération. Quant à l'enfant il naît étonné mais est facilement ranimé. Il est gros pour une primipare puisqu'à la naissance il pèse 3.550 grammes; pendant quatre jours, il perd 250 grammes; puis au dixième jour il a atteint à nouveau son poids de naissance, et prend ensuite quotidiennement 15 à 20 grammes. Au onzième jour, il a largement dépassé son poids de naissance et au vingtième jour, il pèse 3 kg. 800. La mère, excellente nourrice, continue à nourrir son enfant.

On revoit le 6 avril 1913 la mère et l'enfant qui sont l'un et l'autre en excellent état.

Enfant bien portant à dix mois.

P.-S. — Revu le 15 juin 1916 en très bonne santé.

OBSERVATION XVIII

Bassin ostéomalacique. — Césarienne au début du travail suivie d'amputation utéro-ovarienne par le procédé de Porro. — Guérison de l'ostéomalacie.

D... E..., née V... T... Peu de renseignements sur les premières années de sa vie. On sait seulement qu'elle fut réglée tard à dix-huit ans, et toujours irrégulièrement. Mariée à vingt-cinq ans elle a eu, jusqu'à la grossesse actuelle, quatre accouchements antérieurs.

Première grossesse en 1903. Elle accouche spontanément d'un enfant de 3 kilogrammes qui, mis en nourrice, meurt à quatorze mois de convulsions.

Deuxième grossesse en 1904. Accouchement spontané d'un enfant de 3 kg. 500. Actuellement, cet enfant est soigné à la Charité pour une ostéite tuberculeuse.

Troisième grossesse en 1907. Accouchement par le siège. Enfant vivant et actuellement bien portant.

Quatrième grossesse en 1908. La maladie actuelle remonte à cette grossesse. Le début a été marqué par des douleurs dans la région lombaire avec parésie des membres inférieurs, rendant la marche impossible et obligeant la gestante à rester alitée durant les trois derniers mois de sa grossesse. Elle accouche à l'Hôtel-Dieu *spontanément* d'un enfant de 3 kilogrammes. A ce moment, on dit à la malade qu'elle a « un ramollissement des os. »

Elle quitte l'hôpital, présentant des alternatives de rémission et d'aggravation. En 1910, elle marche avec des béquilles. A cette date il y a une amélioration notable, la malade peut vaquer à ses occupations.

Grossesse actuelle. — Ses dernières règles ont eu lieu en août 1911. La malade présente une soudaine aggravation. A nouveau elle présente la parésie des membres inférieurs et se plaint des douleurs lombaires. Elle est obligée de

renoncer à marcher et à s'occuper de son ménage. Lorsqu'elle se présente à l'hôpital de la Croix-Rousse, elle est au début du travail et elle ne se doute nullement de sa déformation pelvienne. 25 mai 1912.

A l'examen, femme de petite taille sans déformation très apparente du squelette, le ventre est en besace, la palpation révèle une présentation de l'épaule. En voulant examiner le bassin, on se rend compte qu'il est impossible d'introduire deux doigts dans le vagin tant est grand le rétrécissement de l'arcade pubienne. C'est à grand'peine qu'on peut introduire un seul doigt qui montre la convexité des régions cotyloïdiennes qui font saillie dans l'excavation. La distance séparant les deux ischions est de 3 centimètres et demi, le promontoire est difficile à atteindre à cause de l'exiguïté de l'arcade pubienne et il est à 10 centimètres environ. Les sinus sacro-iliaques sont profonds, inaccessibles, les ailes iliaques sont rejetées en dehors. Contracture des adducteurs rendant l'abduction impossible, parésie musculaire, mouvements très douloureux, marche et station debout impossibles. La malade a un thorax tassé sur lui-même, la base est évasée, projetée en avant et vient toucher les crêtes iliaques. Il y a aussi un léger degré de lordose, intégrité presque complète des membres supérieurs.

A la face, la malade a un prognathisme très accentué. Le maxillaire supérieur semble effondré. L'arcade dentaire inférieure dépasse de 1 centimètre, l'arcade dentaire supérieure.

En présence de cette ostéomalacie typique, M. Plauchu décide l'intervention césarienne d'urgence permettant seule l'extraction d'un enfant vivant. Après les soins d'asepsie usuels, l'anesthésie à l'éther, l'injection d'ergotine, on incise la paroi abdominale, puis l'utérus. On extrait l'enfant et le placenta, puis au-dessous du corps utérin, on place un lien de caoutchouc et on ampute l'utérus par le procédé de Porro. Ceci fait on fixe le moignon de la plaie à l'aide de deux broches en croix, puis on suture la paroi abdominale

suivant les procédés classiques. L'enfant est extrait vivant et pèse 2.650 grammes, Les suites opératoires sont simples. Aucun phénomène péritonéal, la température oscille les premiers jours sans dépasser 38 degrés, ablation de la mèche qui entoure le pédicule utérin externe, au bout de quarante-huit heures. Le 1^{er} juin, on enlève le lien en caoutchouc et les broches, on excise la partie gangrenée du pédicule; diminution progressive des produits sphacelés; au quinzième jour *infundibulum* en voie de restauration cicatricielle. La température se maintient subfébrile jusqu'au 18 juin.

L'état général s'est amélioré progressivement, les douleurs squelettiques et les contractures musculaires ont disparu, l'appétit et le sommeil sont revenus.

Le 1^{er} juillet, c'est-à-dire trente-cinq jours après l'intervention, la malade est levée la première fois sur un fauteuil, cicatrisation abdominale complète. Huit jours après, la malade peut se tenir debout et ébaucher quelques pas appuyée sur deux dossiers de chaises. Le 12 juillet, elle marche avec précaution et une canne. Enfin, le 29 juillet, elle quitte le service ayant une marche à peu près normale, mais encore affaiblie.

L'enfant a dû être envoyé à la nourricerie Rémond, la mère n'ayant qu'une sécrétion lactée insuffisante. Nous avons eu des nouvelles de la malade deux mois après son départ, elle vaquait aux soins de son ménage.

Le 15 juin 1916, mère et enfant sont vivants.

OBSERVATION XIX

Placenta prævia central chez une primipare.

Opération césarienne conservatrice.

F..., née L..., trente ans, primipare. Femme bien constituée, de santé normale. Réglée à douze ans régulière-

ment, mariée à vingt-cinq ans, première grossesse à trente ans.

Grossesse actuelle. — Dernières règles le 28 juin 1913. Pendant les sept premiers mois, la grossesse ne donne lieu à aucun accident.

La première hémorragie a lieu le 5 février 1914, elle est peu abondante. A partir du 10 février, la malade présente des hémorragies légères mais continues, de temps en temps un caillot est expulsé par le vagin. Elle est surveillée en ville par une sage-femme qui ne constata jamais d'hémorragie abondante, mais une succession de petites hémorragies.

A partir du 10 mars, ces dernières deviennent plus continues encore et plus abondantes. La malade commence à s'inquiéter et à s'affaiblir, elle entre à la Maternité de la Croix-Rousse le 17 mars.

Femme de forte taille, adipeuse, à facies assez coloré.

Les dernières règles étant du 28 juin, la grossesse est à ce moment à peu près à huit mois et demi.

L'enfant est vivant, se présente en gauche transverse.

La tête est très élevée et mobile au-dessus du bassin.

Au toucher, bassin vaste.

Col légèrement raccourci et entr'ouvert. On perçoit le placenta sur l'orifice interne du col. Tout autour du col, le segment inférieur est mal constitué et toute la zone utérine explorable par le vagin est épaissie par le gâteau placentaire qui empêche totalement de percevoir la tête fœtale. Ce signe, joint à l'allure particulière des hémorragies entraîne le diagnostic de placenta prævia central.

Les tissus cervicaux, vaginaux et vulvaires sont rigides, une intervention par la voie basse ayant de grandes chances d'être longue, laborieuse, hémorragipare, et d'entraîner la mort de l'enfant qui est bien vivant et bien développé, M. Plauchu propose à la malade l'opération césarienne que la malade accepte volontiers voulant sauvegarder cet enfant qu'elle a désiré pendant cinq années.

Le 19 mars 1915, intervention. Désinfection habituelle,

complétée dans ce cas par une injection vaginale prolongée à la solution iodo-iodurée forte.

Incision abdominale, incision utérine sans aucun incident. La partie basse de l'incision utérine affleure en bas le bord supérieur du placenta. Celui-ci vu par la cavité utérine forme un infundibulum vu par la face fœtale et tapisse régulièrement et en totalité tout le segment inférieur, oblitérant complètement toute la zone cervico-segmentaire. C'est le placenta prævia central indiscutable.

Il est détaché avec soin ainsi que les membranes, un gros tampon de gaze opère un frottis énergique à plusieurs reprises dans toute la zone d'insertion pour enlever tout débris puis on procède rapidement à la suture utérine, catgut exclusivement employé, pas de mèche de drainage, hémorragie modérée. Le poulx au moment de la suture est à 104.

Suites opératoires normales. — Le deuxième jour température 37°5, 37°9. Le troisième jour 38 et 38°4. Les jours suivants, oscillations entre 38 et 37°6. A partir du neuvième jour, température normale.

Premier lever au vingtième jour.

La malade quitte le service guérie un mois après l'intervention. L'enfant est vivant, a crié aussitôt après son extraction. Il pèse 2.850 grammes; nourri par sa mère d'abord au sein, puis à l'allaitement mixte, puis au biberon.

Revu en janvier 1916, il est en parfaite santé.

Le 15 juin 1916, enfant vivant et bien portant.

OBSERVATION XX

*Césarienne avant le travail. — Bassin aplati
et généralement rétréci.*

F..., née R... Y..., 1^{er} avril 1916. C'est une femme robuste de la campagne, de Saint-Jean-Soleymieu, qui est

envoyée par son médecin à la Charité¹. Elle a été réglée à treize ans. Taille, 1 m. 49. A l'examen, on observe quelques signes discrets de rachitisme. L'examen du bassin montre un promontoire saillant surplombant une concavité sacrée normale. Le diamètre P.S.P. est de 9 cent. 4, les régions cotyloïdiennes sont légèrement redressées, l'arc antérieur du bassin est à court rayon, c'est un bassin aplati et généralement rétréci. La malade a eu quatre grossesses lorsqu'elle se présente pour la cinquième fois. La première grossesse se termine par un forceps, avec enfant vivant et à terme, ne pesant pas 6 livres, au dire de la malade.

Le second accouchement se termine lui aussi par un forceps, mais plus dur que le premier; l'enfant est vivant lui aussi.

La troisième gestation est terminée avec un forceps suivi de l'enfoncement du crâne, et mort de l'enfant.

A la quatrième grossesse, on est obligé de pratiquer la basiotripsie après un forceps infructueux. (M. Devin, ancien interne de la Charité.)

Pour sa cinquième grossesse, cette femme, conseillée par M. Duchamp, de Saint-Etienne, vient, de propos délibéré, demander l'accouchement césarien. Celui-ci s'impose d'ailleurs, la gestante se présentant à terme et ne pouvant plus bénéficier de l'accouchement prématuré provoqué. Les dernières règles ont eu lieu le 20 juillet, M. Plauchu décide l'intervention pour le 17 avril.

Le 16 au matin, la malade est examinée, la tête est toujours mobile au-dessus du détroit supérieur, l'enfant est gros, la hauteur utérine de 37 centimètres.

Dans la salle d'opérations du Dr Albertin, avec l'aide de M. Gillet, interne du service, l'opération est pratiquée avant le travail, après les précautions d'asepsie usuelles, l'injection d'ergotine avant l'opération, et anesthésiée à l'éther, suivant la technique déjà décrite. Elle se déroule jusqu'au

¹ Service du Dr Commandeur, suppléé par M. Plauchu.

bout sans aucune particularité, le placenta se trouve sur la face postérieure de l'utérus, on extrait l'enfant, puis le placenta, on suture ensuite la plaie utérine au catgut (points musculo-musculaires). De même le surjet péritonéal est fait au catgut, donc emploi exclusif du catgut.

Les suites opératoires sont très satisfaisantes. On note cependant au premier jour et au deuxième 37°9 et 38 degrés, puis la chute de la température se maintient normale au-dessous de 37°5; le pouls est bon et lent, purgation au quatrième jour, ablation des agrafes de Michel le neuvième jour, premier lever le quatorzième jour.

La malade quitte le service au vingt et unième jour en parfait état, trouvant, disait-elle, que c'était bien plus simple d'accoucher de cette façon.

L'enfant pèse 3.600 grammes. Allaitement mixte, la sécrétion lactée étant déficiente.

Enfant vivant le 15 juin 1916.

OBSERVATION XXI

Bassin vicié par lésions complexes. — Rachitisme et luxation iliaque congénitale unilatérale. — Bassin aplati et généralement rétréci, asymétrique. — Opération césarienne conservatrice.

M. G... S..., vingt-neuf ans, primipare, a été nourrie au sein et au biberon, n'a commencé à marcher qu'à l'âge de vingt-deux mois. A ce moment, et surtout quelques années plus tard, on s'aperçut qu'elle boitait. Le diagnostic de la boiterie n'a jamais été précisé.

Grossesse actuelle. — Dernières règles le 20 septembre, grossesse sans particularité, la malade se présente à la Maternité de la Charité, commencement juin 1916; le 17 juin, hauteur utérine 34 centimètres, présentation du sommet, tête mobile au-dessus du détroit supérieur. O.I.D.T.

Examen du squelette. — Femme de petite taille, 1 m 39, présentant des signes évidents de rachitisme, bosses frontales saillantes, voûte palatine ogivale, prognathisme de la mâchoire inférieure, jambe droite sans déformation, mais à squelette grêle et arrêté dans son développement.

Du côté du membre inférieur gauche, on note un raccourcissement de 5 ou 6 centimètres et on constate tous les signes d'une luxation iliaque unilatérale : difficultés de l'abduction et ascension du trochanter au-dessus de la ligne Roser Nélaton, boiterie.

Examen du bassin. — P.S.P. = 10 centimètres. Promontoire déjeté à gauche, sinus sacro-iliaques profonds, sinus sacro-iliaque droit plus exigu par projection plus accusée de la région sacro-cotyloïdienne droite, arc antérieur à court rayon. On fait très facilement le tour du détroit supérieur.

Bassin aplati, généralement rétréci, asymétrique, excavation normale, détroit inférieur légèrement agrandi par projection, en dehors de l'ischion du côté de la luxation.

La malade étant au voisinage du terme, M. Plauchu décide de pratiquer l'opération césarienne pour éviter une dystocie redoutable et probablement fœticide.

Le 20 juin 1916, à 9 heures, avec l'aide de l'interne et dans le service de M. Albertin, l'opération est pratiquée.

Préparation de la malade, comme dans toute laparotomie.

Soins d'asepsie habituels. Gants de fil.

Incision de la paroi sans particularité : 20 cent. 10 au-dessus de l'ombilic, 10 au-dessous.

Incision utérine. Boutonnière au bistouri, prolongée rapidement par des ciseaux. Saisie d'un pied, extraction du fœtus à mesure que l'on énuclée l'utérus hors de l'abdomen. Protection du péritoine en arrière et fixation d'une compresse par pince à trois dents. Hémorragie modérée. Suture utérine, seize points séparés au catgut n° 2, surjet fin enfouissant la suture précédente avec points à la Lembert.

Protection de l'utérus par le tablier péritonéal. Suture de la paroi à trois plans. Agrafes de Michel.

Suites opératoires excellentes : température, 38°₁ les deux premiers jours. Mictions spontanées. A partir du troisième jour, après émission de gaz, température descendante. Pouls, 80 pulsations. Huit jours après l'opération, la malade est en parfait état.

Enfant : 2.870 grammes, nourri au sein par sa mère.

Ablation des agrafes le 28 juin. Etat général et local parfait.

L'enfant est nourri à l'allaitement mixte par légère insuffisance de lait maternel. Il progresse normalement.

CÉSARIENNES ITÉRATIVES

1° Pratiquées pour la deuxième fois.

OBSERVATION XXII

Opération césarienne itérative avant le travail.

Par M. PLAUCHU (*Réunion obstétricale de Lyon, 1908*).

M... C..., née B... Il s'agit d'une femme à laquelle j'ai pratiqué une césarienne conservatrice, le 30 janvier 1907, et qui, devenue enceinte presque de suite, a subi une césarienne itérative le 10 janvier 1908.

Voici, rapidement résumée, la relation de la première intervention (voir obs. VII) :

Primipare, enceinte de huit mois et demi, porteur d'un bassin aplati et généralement rétréci inutilisable de 6 1/2 de diamètre PPM. Ostéotomie double dans l'enfance pour redresser les incurvations exagérées des tibias.

Opération césarienne pratiquée au début du travail, le col était à 50 centimes et la poche des eaux intacte.

L'incision de la paroi abdominale, de la paroi utérine, l'extraction de l'enfant, l'énucléation de l'utérus, la délivrance se font rapidement, sans incident et sans hémorragie exagérée. L'utérus se rétracte bien, une injection d'ergotinine Tanret ayant été faite dix minutes avant l'intervention.

Suture à deux plans : un premier plan de fils séparés de centimètre en centimètre, musculo-musculaire, un surjet péritonéal enfouissant la suture précédente.

Pour cette suture, j'ai employé le gros catgut n° 2 pour les points séparés et un fil plus fin pour le surjet. J'avais jusqu'à ce jour employé la soie, mais l'opération ayant été faite d'urgence dans l'après-midi, je n'ai pas trouvé dans le service la soie que j'employais habituellement.

L'enfant pesait 2.600 grammes; les suites de couches furent excellentes, à part un petit abcès de la paroi abdominale.

Un mois et demi après, la paroi abdominale est très souple, l'utérus est très mobile en rétroversion légère, il n'y a aucun signe d'induration ou d'adhérence utéro-pariétale. La malade ne nourrit pas son enfant.

Deuxième grossesse. — Apparaît deux mois après la première intervention. Les dernières règles datent du 15 avril 1907. Je propose la césarienne itérative, qui est acceptée par la gestante et par son mari.

Voici le compte rendu de cette nouvelle intervention :

La grossesse évolue sans incident notable. A signaler toutefois que, vers le troisième mois de la gestation, se développe, aux lieu et place de la cicatrice, un bourrelet chéloïdien pigmenté en noir et volumineux, atteignant au moins 2 cent. 1/2 en largeur et 1 demi centimètre en surélévation.

Quinze jours avant le terme probable, c'est-à-dire le 10 janvier 1908, nouvelle opération césarienne pratiquée avant le travail. En prévision d'adhérences possibles utéro-intestinales ou utéro-pariétales, ou de difficultés nécessitant une hystérectomie, M. Bérard avait bien voulu me prêter son assistance. Tout se passa d'ailleurs le mieux du monde.

Après résection du bourrelet chéloïdien cutané, le péritoine est incisé, laissant à nu l'utérus entièrement libre d'adhérences utéro-pariétales. L'épiploon, qui avait été ramené au-devant de l'utérus à l'opération précédente, était

lui-même libre d'adhérences utéro-épiploïques; mais deux ou trois franges étaient fixées à la face postérieure de l'incision abdominale. Il fut facilement récliné après ligature et section de ces petites brides.

Tout le reste de l'intervention se passa exactement comme une césarienne ordinaire, quelques points seulement furent à noter.

1° Ni par l'examen de la face antérieure de l'utérus, ni par l'examen attentif par la vue et le palper après l'évacuation de l'œuf, il ne fut possible de retrouver la trace de la cicatrice utérine de la première intervention. La paroi avait son épaisseur normale et une apparence entièrement musculaire.

2° Cependant la cicatrice avait dû produire des modifications dans le débit des sinus utérins, car jamais je n'ai vu une section césarienne saigner aussi peu. Après la section et la délivrance, l'utérus, sans compression, ni des ligaments larges, ni de la paroi, laissait sourdre à peine quelques gouttes de sang.

C'est donc sans aucune hâte que je pratiquai la suture de la même façon que précédemment.

Encouragé par ce premier succès de l'emploi du catgut, j'employai à nouveau ce moyen de suture et je n'eus pas à m'en repentir, car les suites furent parfaites. La température se maintint deux jours à 38 degrés, puis tomba au-dessous de 37°5.

Cette fois l'accouchée nourrit son enfant et avec un tel succès, qu'elle accepta de rentrer comme nourrice à la nourricerie Rémond où elle put allaiter deux ou trois nourrissons. Je vous présente, ci-joint, la courbe de sa sécrétion lactée qui, progressivement, a passé sous l'influence de la succion intensive de 500 à 1.500 grammes en un mois. L'enfant pesait 2.200 grammes et s'est bien développé, ainsi qu'en fait foi la courbe de poids que je vous présente aussi.

Réflexions. — Voilà donc une femme qui a subi dans l'espace d'une année deux opérations césariennes avec plein succès pour elle et ses deux enfants et qui, malgré son aspect chétif et rachitique, a pu faire une nourrice remarquable.

La césarienne itérative n'a été compliquée que par quelques brides épiploïques et a été, en somme, aussi bénigne que la césarienne primitive.

P. S. — L'enfant, âgé de huit ans, est actuellement vivant.

OBSERVATION XXIII

Bassin cyphotique. — Césarienne conservatrice il y a sept ans. — Césarienne itérative. — Adhérences. — Guérison.

Par M. PLAUCHU (*Réunion obstétricale de Lyon, 1909-1910.*)

Anna D..., trente-quatre ans, secondipare, a eu dans son enfance un mal de Pott lombo-sacré, dont les premières manifestations se sont produites à l'âge de quatorze mois. La malade dut rester au lit jusqu'à l'âge de quatre ans et, pendant ce temps s'établirent une gibbosité et des déformations compensatrices.

Depuis l'âge de quatre ans, bonne santé habituelle. La menstruation débute à seize ans et s'établit régulièrement.

A l'âge de vingt-sept ans, une première grossesse apparaît, et Fochier pratique une opération césarienne, le bassin étant inutilisable par exigüité trop marquée du biischiatique (obs. III).

Cette première césarienne ne fut marquée par aucun incident et l'enfant élevé au biberon est encore vivant actuellement.

Une deuxième grossesse apparaît à l'âge de trente-quatre ans. Les dernières règles datent du 5-8 janvier 1909.

Les débuts de la grossesse furent bons, mais, vers le quatrième mois, des phénomènes de compression intra-abdominale et thoracique apparaissent au moment où l'utérus commence à s'extérioriser hors de l'abdomen. Dès que l'utérus s'est placé nettement en antéversion et devenu, pour ainsi dire, extra-abdominal, les phénomènes douloureux et la dyspnée disparaissent.

Vers le septième mois, les phénomènes de compression thoracique se produisent à nouveau, la dyspnée force la malade à dormir dans la position demi-assise ; la malade est reçue à la Maternité de la Croix-Rousse.

Examen à la fin du huitième mois de la grossesse. — Femme de 1 m. 45. Pas de déformation de la tête ni des membres. Les membres inférieurs sont dans la station debout en légère flexion, les membres supérieurs arrivent par leur extrémité jusqu'au-dessous des genoux.

Thorax. — Sternum très saillant en avant. Epaules carrées. La base du thorax plonge, se télescope pour ainsi dire dans le grand bassin et descend au-dessous des crêtes sacrées.

Colonne vertébrale. — Présente une gibbosité angulaire à l'union de la cinquième lombaire et du sacrum. L'apophyse épineuse de la cinquième lombaire constitue l'angle de la gibbosité dont les deux côtés sont à peu près à angle droit.

Sur la colonne lombo-dorsale, lordose de compensation sans scoliose.

Bassin. — Dimensions externes :

BEIA	29 centimètres.
Bic. moy	31 —

La mensuration du biischiatique donne 4 centimètres et demi. En ajoutant 1 centimètre et demi pour représenter l'épaisseur des parties molles, on peut estimer à 6 centimètres environ la biischiatique utilisable.

La pointe du sacro-coceyx est fortement repoussée en avant et se trouve environ à 5 centimètres du milieu du hüschiatique. Losange de Mikaélis symétrique surbaissé en hauteur, et de largeur normale.

Le toucher ne permet d'explorer ni le détroit supérieur ni la partie haute de l'excavation. Les épines sciatiques sont anormalement saillantes.

Examen de l'utérus. — C'est le type classique de l'utérus pendulum en antéverson exagérée au-devant du pubis et des cuisses, l'ombilic étant au point le plus déclive.

Au palper, la tête occupe une région élevée au-dessus du détroit supérieur et le siège de la partie la plus déclive du fond utérin; le dos est à gauche et en avant.

Par la mise au repos, les troubles fonctionnels deviennent très supportables et, de ce fait, aucune indication d'intervention n'apparaît.

Je décide d'attendre le terme de la grossesse et, le bassin étant inutilisable même pour un prématuré viable, je décide de pratiquer une césarienne itérative avant le travail.

Intervention. — Pratiquée le 5 octobre 1909, avec l'assistance du D^r Gayet.

1^o Anesthésie au mélange de Bilroth.

Incision de 20 centimètres, dont les deux tiers sont au-dessus de l'ombilic.

Le péritoine ouvert, l'utérus se présente tapissé sur toute sa hauteur par l'épiploon adhérent çà et là à la paroi abdominale, mais sans adhérence à l'utérus.

Les brides adhérentielles sont sectionnées, liées, et l'épiploon est refoulé au-dessus de l'utérus sans difficulté.

L'exploration attentive de la face utérine qui se présente, montre qu'il y a sur le champ opératoire, qui n'est pas loin de la partie médiane de l'utérus, aucune trace de l'ancienne césarienne.

Mais en explorant dans la profondeur, je reconnais que si le corps utérin est libre de toute adhérence à gauche, à droite, au contraire, *existe une forte adhérence fibreuse*

correspondant sans doute à l'ancienne cicatrice et formant une bride de 4 à 5 centimètres de longueur sur 1 centimètre d'épaisseur.

Il me semble plus commode d'opérer sans détacher ou sectionner cette adhérence, car le fond utérin, la face antérieure et toute la partie latérale gauche sont suffisamment libres pour permettre l'extériorisation de l'utérus après extraction du fœtus.

2° Incision de l'utérus avec des ciseaux guidés par deux doigts préalablement enfoncés dans l'œuf par une boutonnière inférieure, le placenta n'est pas inséré au niveau de l'incision. Saisie d'un pied du fœtus. Extraction de ce dernier en même temps qu'un aide favorise l'énucléation progressive de l'utérus et protège le péritoine avec des compresses stérilisées.

L'exploration rapide avec le doigt par la face interne de l'utérus ne permet pas de reconnaître un sillon au niveau de l'adhérence utéro-vaginale et de préciser avec certitude si c'est bien là le siège de l'ancienne section utérine. La nécessité d'aller vite n'a pas permis de reconnaître nettement ce point.

L'hémorragie est modérée, une injection d'ergotine a été faite au début de l'opération.

L'utérus s'extériorise facilement dans toute sa moitié gauche, mais il reste adhérent du côté droit, de sorte que les annexes droites et le bord droit de l'utérus restent intra-abdominaux et que la face intérieure de l'utérus reste inclinée et regarde à droite. Délivrance artificielle, puis suture au catgut n° 2 par points séparés rapprochés de centimètre en centimètre et comprenant toute l'épaisseur de la musculature. Surjet au catgut séro-séreux enfouissant la suture précédente.

La suture dans son ensemble a été assez compliquée à exécuter à cause de l'enfouissement de la tranche utérine latérale droite. Ce surjet superficiel a été aussi assez laborieux, le plan péritonéal droit, rapproché de l'adhérence, glissant

mal sur le plan profond. Il a fallu tirer assez fort sur les fils pour bien coapter le plan séro-séreux, et il était à craindre que les tissus ne fussent coupés par excès de traction.

Pas de drainage uréthro-vaginal, suture de la paroi abdominale à trois plans.

L'enfant va bien; est venu en état de mort apparente, mais est très vite ranimé. Il pèse 2.930 grammes.

Suites opératoires. — Elles ont été satisfaisantes, à part une ascension thermique à 38°₂ au cinquième jour par un petit hématome de la paroi. L'ablation d'un fil suffit à parer à cette complication. Il n'y a eu aucun phénomène péritonéal et le troisième jour une selle abondante s'est produite par un laxatif. Ablation des fils au neuvième jour.

Premier lever au quinzième jour. La malade va ensuite parfaitement et allaite avec succès son enfant.

Elle rentre ultérieurement à la nourricerie Rémond, comme nourrice, où elle prend 3 kilogrammes en quinze jours de séjour et peut sans fatigue nourrir deux nourrissons.

Le toucher, pratiqué le 15 décembre 1909, montre que l'utérus est élevé, incliné à droite, et vraisemblablement maintenu dans cette position élevée par les adhérences précédemment constatées.

J'ajouterai à cette observation quelques réflexions sur les points suivants :

1° *Indications.* — L'opération itérative, dans ce cas, était nettement indiquée. L'état du bassin imposait l'accouchement césarien, ou l'agrandissement du bassin par la pubiotomie. J'ai préféré la césarienne à la pubiotomie pour les raisons suivantes :

La césarienne permettait d'opérer avant le travail et supprimait les risques de rupture utérine.

D'autre part, il y avait à la pubiotomie une contre-indication particulière découlant du bassin cyphotique :

c'est que l'utérus était tout à fait procident au devant du pubis.

Il aurait été difficile d'inciser la région sus-pubienne obstruée, cachée par l'antéversion utérine.

D'ailleurs, il ne faut pas traumatiser les symphyses sacro-iliaques chez les cyphotiques, car celles-ci sont peu solides et n'ont pas leurs coaptations normales par suite des déformations imposées au bassin.

2° Je n'ai pas cru devoir stériliser cette femme, car il n'y a pas eu de difficultés réelles à l'intervention. Celle-ci a été à peu près comme une césarienne primitive. Il a fallu un peu plus de temps à cause des adhérences épiploïques et des quelques difficultés de la suture.

Il n'en est pas moins démontré que la césarienne conservatrice laisse presque toujours après elle des séquelles locales qui rendent aléatoires les opérations répétées, et qui imposeront souvent la stérilisation.

C'est là un point important à envisager et à retenir à une période où l'on tend trop peut-être à proscrire la plupart des interventions obstétricales au bénéfice de l'accouchement chirurgical par la voie haute.

A côté des résultats immédiats, il faut songer à la fonction plus ou moins compromise dans l'avenir par la césarienne conservatrice.

OBSERVATION XXIV

Rétrécissement du bassin. — Opération césarienne itérative avant le travail. — Stérilisation par ligature des trompes.

R... T..., née R... E... L'observation de la première opération césarienne et l'examen clinique pratiqués en décembre 1903 ont été publiés (voir obs. V).

Après douze ans de stérilité volontaire une nouvelle grossesse apparaît.

D. R. le 19 janvier 1911.

Grossesse sans incident. La malade veut qu'on lui fasse un accouchement prématuré qui, étant donné l'exiguité de son bassin n'a aucune chance de succès.

M. Plauchu refuse et adresse la gestante à un de ses collègues (D^r Gonnet) qui refuse, à son tour, toute autre intervention que la césarienne.

Elle se présente alors de nouveau à la Maternité de la Croix-Rousse, pour y subir une césarienne répétée.

Opération le 17 octobre 1911, avant tout début de travail, huit jours environ avant le terme de la grossesse.

Incision abdominale sur le trajet même de l'ancienne cicatrice. Après l'ouverture du péritoine, on ne constate aucune trace d'adhérence, ni épiploïque, ni pariétale ni intestinale. On dirait une césarienne pratiquée pour la première fois; elle se déroule d'ailleurs sans aucune autre particularité que la rencontre du placenta en avant. L'incision porte du haut en bas sur l'utérus seul, puis, la main décolle rapidement d'un côté le placenta, ouvre l'œuf et pratique l'extraction du fœtus.

L'exploration rapide de l'utérus ne permet pas de retrouver la trace de l'ancienne césarienne.

Suture utérine au catgut. Pas de drainage. Suture de la paroi abdominale à trois plans, catgut et agrafes de Michel.

Malgré le bon état du muscle utérin, M. Plauchu se décide à pratiquer la stérilisation de cette femme par la ligature des trompes à la soie pour les raisons suivantes :

Elle est âgée de quarante-quatre ans; elle a eu une période de stérilité volontaire de douze années pendant laquelle elle a vécu continuellement sous la terreur d'une nouvelle grossesse.

Pendant le début de la grossesse actuelle, elle a présenté un véritable état de neurasthénie dans la crainte de son accouchement.

Elle et son mari ont déclaré vouloir mettre tout en

œuvre pour éviter la naissance d'un autre enfant et même supprimer totalement la vie conjugale.

Suites opératoires excellentes, la température n'a jamais dépassé 38 degrés, les fils sont enlevés au huitième jour, la malade se lève pour la première fois quinze jours après l'intervention et quitte le service le 10 novembre 1911.

L'enfant pèse 3.150 grammes, et il n'a pu être allaité par sa mère à cause de l'ombilication irréductible des seins.

Il n'a pas été revu depuis quelque temps.

P.-S. — Enfant vivant le 15 juin 1916.

OBSERVATION XXV

Opération césarienne itérative pour rétrécissement inutilisable du bassin.

R.-B. T..., femme B... Première opération césarienne le 4 janvier 1911, publiée à l'observation XIV.

La malade redevient enceinte pour la deuxième fois en novembre 1911, dernières règles 28 novembre 1911. Elle se présente à la consultation de la Maternité de la Croix-Rousse en juin 1912, enceinte d'environ sept mois. La malade étant porteur d'un rétrécissement inutilisable du bassin, aucune autre décision thérapeutique ne peut intervenir qu'une nouvelle opération césarienne qu'elle accepte. La malade devant accoucher fin août, on décide l'intervention pour la fin de ce mois.

L'intervention est pratiquée le 27 août 1912.

Préparation et précaution d'asepsie habituelles.

Incision abdominale portant sur le trajet de l'ancienne cicatrice. Le péritoine une fois ouvert, on rencontre quelques adhérences lâches épiploïques qui sont sectionnées après ligatures des deux points d'implantation.

L'utérus libéré est incisé à son tour. Le hasard fait tomber la nouvelle incision approximativement sur le

trajet de la première incision utérine. Ça et là quelques fils de soie de la première opération sont mis à jour.

Il n'y a aucun amincissement notable de la paroi utérine. Cependant l'hémorragie résultant de l'incision est manifestement insignifiante par rapport à l'hémorragie habituelle, sans doute, probablement à cause de l'existence du tissu cicatriciel. L'extraction du placenta ne donne lieu à aucune remarque.

Les sutures sont faites suivant les procédés habituels tout entières à la soie, points séparés et surjet.

L'utérus reste inerte pendant toute la durée de la suture et la piqure d'ergotine ayant été faite tardivement, ce n'est que tout à fait à la fin qu'il commence à se rétracter.

Le muscle utérin n'étant pas du tout aminci, aucune adhérence pariétale ou intestinale n'ayant été constatée, M. Plauchu ne juge pas utile de stériliser la malade et estime que le muscle utérin est capable de supporter une troisième grossesse, et s'il y a lieu une troisième opération césarienne.

Les suites opératoires sont assez bonnes, le soir de l'intervention on note 38°8, le lendemain 38°6 et 38 degrés, le troisième jour 37°6, le premier pansement est effectué ainsi que l'ablation des fils le huitième jour. Le premier lever se fait au quatorzième jour et la malade quitte le service le dix-huitième, c'est-à-dire le 15 septembre 1912. L'enfant crie aussitôt après l'extraction et présente un poids inférieur à celui du premier césarien, 2.760 grammes. La courbe de poids est normale et il est allaité par sa mère.

P.-S. — L'enfant est vivant et bien portant le 15 juin 1916.

OBSERVATION XXVI

*Opération césarienne itérative au début du travail.
Adhérences. — Stérilisation par résection des trompes.*

L... Y..., née S. X..., primipare, première opération césarienne le 15 avril 1912 (obs. XVI).

En janvier 1916, la malade revient à la consultation, étant enceinte à nouveau. Son premier enfant, né par l'accouchement césarien, est vivant et bien portant, l'état de santé de la mère est excellent, ses dernières règles ont eu lieu le 1^{er} mai 1915. Depuis l'opération elle est très régulièrement réglée, elle se présente à la Maternité de la Croix-Rousse le 9 janvier 1916. La cicatrice de la première opération est parfaite, le fœtus se présente par l'épaule, le volume de l'enfant paraît au-dessus de la moyenne. M. Plauchu décide une césarienne itérative pour les premiers jours de février.

La malade rentre à l'hôpital avec la grippe, le 1^{er} février, on décide l'intervention pour le 5 février. Dans la nuit du 3 février, les membranes se rompent spontanément et prématurément, les eaux sont teintées en vert par le méconium, les bruits du cœur sont un peu modifiés. M. Plauchu décide l'intervention immédiate le 4 février au matin, avec l'aide de M. de Cougny.

L'incision abdominale est pratiquée sur le trajet de l'ancienne cicatrice, l'utérus mis à nu est normal à gauche de l'incision, mais immédiatement sur le bord droit existe une adhérence fibreuse utéro-pariétale sur une longueur de 5 à 6 centimètres. L'utérus est incisé suivant la technique ordinaire, à 3 centimètres de cette adhérence. Le reste de l'intervention se déroule sans difficulté. L'énucléation de l'utérus pratiquée à mesure que l'on extrait le fœtus est à peine gênée par l'adhérence utéro-pariétale. L'hémorragie est d'intensité moyenne. Elle est arrêtée rapidement par la suture habituelle à deux plans, pratiquée tout entière au catgut.

En présence de cette adhérence, M. Plauchu pratique la stérilisation de la malade par la résection des trompes entre deux ligatures, une observation antérieure (M^{me} C..., obs. XXVII) ayant démontré l'insuffisance de la ligature simple comme résultat de la stérilisation.

Suites opératoires normales, température entre 38 et

38°5 les quatre premiers jours, puis chute progressive. Au neuvième jour, premier pansement. Un petit abcès de la paroi abdominale est évacué en enlevant les fils. Premier lever au quinzième jour. La malade quitte le service le 26, c'est-à-dire vingt-deux jours après l'opération.

Nouveau-né. — Le nouveau-né est extrait en état de mort apparente bien qu'il soit vigoureux et bien développé. Poids, 3,560 grammes. Un traitement de dix minutes à un quart d'heure est nécessaire pour le rappeler à la vie. Pendant les trois premiers jours il va tout à fait bien, commence à prendre le sein régulièrement, mais dans la nuit du troisième au quatrième jour il présente du mélæna. Dans la journée les hémorragies intestinales persistent et chaque drapeau est teinté d'un sang noir d'abord, puis de plus en plus rouge. En même temps apparaissent des signes d'anémie progressive, le facies devient blanc de cire, la température s'élève à 39 degrés.

Malgré le traitement habituel (diète, gélatine, sérum artificiel, sérum de cheval) l'état de l'enfant s'aggrave de plus en plus et il succombe au sixième jour avec les signes d'hémorragies intestinales.

Remarque. — Cette mort d'enfant par hémorragie intestinale, que l'on voit de temps à autre chez le nouveau-né, ne paraît avoir aucune relation avec l'opération césarienne. Elle se rencontre pour des causes diverses et encore mal connues, chez un certain nombre d'enfants qui sont nés au cours d'accouchements normaux et n'ont pas subi de traumatismes obstétricaux; elle n'est d'ailleurs pas plus fréquente chez les enfants extraits artificiellement. Certains auteurs l'attribuent à la syphilis. Dans notre observation rien ne permet de l'attribuer à cette pathogénie.

OBSERVATION XXVII

2° Pratiquées pour la troisième fois.

Opération césarienne pratiquée pour la troisième fois chez la même femme. — Tentative infructueuse de stérilisation par ligature des trompes.

Par M. PLAUCHU (*Réunion obstétricale de Lyon, 1911.*)

A la séance du 16 avril 1908, je vous ai présenté une femme porteur d'un rétrécissement du bassin de 6 centimètres et demi de diamètre utile chez laquelle j'avais pratiqué avec succès une césarienne itérative. La seconde intervention ayant été très simple et le muscle utérin étant en bon état, je n'avais pas jugé nécessaire de stériliser cette femme; elle est devenue enceinte de nouveau en 1910, et j'ai dû pratiquer chez elle une troisième opération césarienne le 3 janvier 1911. En vous rapportant son observation, je laisserai de côté tous les détails qui ont déjà été publiés antérieurement, me bornant à vous signaler les points intéressants qui ont déjà marqué cette troisième intervention suivie de succès pour la mère et l'enfant.

C..., née B..., vingt-sept ans. Enceinte pour la troisième fois. Première césarienne 30 janvier 1907 (voir obs. VII). Enfant aujourd'hui vivant et bien portant. Deuxième césarienne 10 janvier 1908 (voir obs. XXII). Enfant aujourd'hui vivant et bien portant.

Grossesse actuelle. — Dernières règles le 27 mars 1910. L'utérus se développe dans les premiers mois sans incident.

Pas de phénomènes douloureux. Au huitième mois de la grossesse la malade rentre à l'infirmerie de la Maternité. A ce moment, l'utérus est normalement développé. Les cicatrices de la paroi abdominale sont souples et étoilées. Il existe un peu au-dessous de l'ombilic une éventration de 5 centimètres de diamètre environ qui ne gêne en rien, la malade ayant pu continuer ses occupations sans fatigue jusqu'à ce jour.

Le fœtus est de volume normal en OIGT, la tête très mobile au-dessus du détroit supérieur.

Le terme de la grossesse étant le 5 janvier 1911, je décide l'opération césarienne pour ce jour-là, espérant pouvoir la pratiquer avant le travail. Dans la soirée du 3 janvier, quelques contractions utérines se produisent régulières et progressivement plus énergiques. Comme le bassin est manifestement inutilisable, qu'il peut y avoir un danger de rupture utérine à attendre le lendemain, l'opération est décidée le soir même et pratiquée dans la nuit avec l'aide de MM. Blanc-Perducet et Perret.

Préparation de la malade. — Badigeonnage de la vulve et du vagin à la teinture d'iode sans lavage ; abdomen, savonnage prolongé, lavage à l'alcool et badigeonnage à la teinture d'iode.

Anesthésie au mélange de Biproth.

Opération. — L'incision est pratiquée au niveau de la cicatrice linéaire d'une opération antérieure jusqu'au péritoine. Celui-ci est très reconnaissable et glisse sur le plan utérin sous-jacent. Après l'incision du péritoine je rencontre deux brides utéro-pariétales fibreuses de faible épaisseur, longues de 5 à 6 centimètres qui paraissent avoir été étirées par le mouvement ascensionnel de l'utérus. Elles sont sectionnées après ligature des deux points d'attache.

La paroi utérine est lisse, a son aspect habituel ; il n'y a aucune adhérence ni à l'intestin, ni à l'épiploon. Je procède ensuite à l'incision utérine comme d'ordinaire sans énucléer l'utérus hors de l'abdomen.

En faisant à la partie inférieure la boutonnière utérine, je constate que bien que ce point soit au-dessus du segment inférieur, la paroi utérine est considérablement amincie et réduite à un plan fibreux recouvert par le péritoine. Cette boutonnière ne donne issue qu'à quelques gouttes de sang et au liquide amniotique. Je prolonge l'incision aux ciseaux jusqu'en haut de l'incision abdominale et je me rends compte qu'il y a une zone de 5 à 6 centimètres où l'utérus est aminci sans vascularisation, puis au-dessus, le corps utérin a son aspect normal.

Extraction du fœtus, à mesure qu'un aide refoule au dehors l'utérus et protège en arrière de lui la cavité abdominale par de larges compresses.

Délivrance artificielle. Pas de mèche utérine, suture à deux plans à la soie forte ; un musculo-musculaire et un surjet péritonéal à la soie fine enfouissant le précédent.

Au niveau de la zone amincie et fibreuse, qui après rétraction de l'utérus ne mesurait que 2 à 3 centimètres, je plaçai des fils de soie très rapprochés et je fis avec beaucoup de soin le surjet sus-jacent.

Avant de réduire l'utérus, je stérilisai la malade en plaçant sur chaque trompe une forte ligature à la soie. Suture de l'abdomen à trois plans avec le catgut et les crins de Florence.

L'enfant est vigoureux et pèse 2.980 grammes.

Suites opératoires. — Les deux premiers jours la température s'élève le soir à 38°4, puis descend et se maintient à 37°2-37°7.

Miction normale le soir de l'intervention. Purgation le quatrième jour. Premier pansement au neuvième jour avec ablation des fils, premier lever au quinzième jour. L'allaitement par la mère se produit dans des conditions normales.

Cette troisième césarienne n'a présenté, en somme, aucune difficulté opératoire notable, et c'est pour cette raison que je n'ai pas jugé nécessaire l'hystérectomie. Mais l'amincissement de l'utérus était évident et une rupture aurait été probable si j'avais laissé le travail s'engager plus avant. J'ai l'impression, et ceci est conforme aux idées exprimées par Couvelaire à la Société obstétricale de France en 1909 dans son rapport sur la césarienne classique, que malgré tous les soins apportés à la suture utérine, malgré l'absence de phénomènes inflammatoires traduisant une réunion défectueuse de quelques points de suture, l'amincissement de l'utérus est inévitable au bout d'un certain nombre de césariennes et qu'une opération itérative doit aboutir dans la plupart des cas à la nécessité d'une stérilisation de la femme pour l'avenir. Cette persistance très limitée de la fonction après l'opération césarienne serait peut-être une indication de conserver à côté de l'accouchement chirurgical par l'hystérotomie les moyens obstétricaux respectant davantage l'intégrité de l'utérus, en particulier l'accouchement prématuré provoqué. En tout cas, il m'a semblé, malgré la bénignité relative de cette troisième intervention, qu'il était de toute utilité cette fois de stériliser la femme, après avoir, au préalable, demandé aux intéressés l'autorisation, qu'ils m'accordèrent non sans un manifeste empressement.

P.-S. — Enfant vivant le 15 juin 1916.

OBSERVATION XXVIII

3^e Pratiquées pour la quatrième fois.

*Opération césarienne pratiquée pour la quatrième fois
chez la même femme. — Hystérectomie subtotale.*

M. PLAUCHU (*Réunion obstétricale de Lyon 1913.*)

Je vous ai présenté en 1911, après sa troisième opération césarienne, la malade dont je vous apporte aujourd'hui l'utérus, après avoir pratiqué chez elle une quatrième césarienne suivie d'hystérectomie.

Comme vous le voyez, cet utérus, porteur de quatre incisions, dont trois d'anciennes césariennes, est au niveau de ces dernières considérablement aminci. Cet amincissement de la paroi, constaté déjà au moment de la troisième césarienne, m'avait fait considérer comme nécessaire la stérilisation. Mais pressé par le temps, et aussi espérant que ce moyen serait suffisant, je m'étais contenté de placer sur chaque trompe une solide ligature à la soie.

Ultérieurement à cette troisième césarienne, le Dr Delore, chirurgien des hôpitaux, avait été appelé à intervenir pour la cure d'une éventration consécutive aux trois laparotomies et avait examiné les deux trompes ligaturées qui lui avaient paru sectionnées et oblitérées et, pour me permettre d'en examiner une complètement, il avait pratiqué une ablation des annexes gauches. La trompe de ce côté était en effet sectionnée en deux moignons cicatriciels manifestement oblitérés, et cette constatation, que je croyais bilatérale, rendait

difficile à interpréter l'apparition d'une quatrième grossesse constatée peu après, au sujet de laquelle j'avais émis quelques hypothèses. Un examen de la trompe droite, que je vous présente aujourd'hui, montre qu'elle est restée manifestement perméable malgré la ligature, et la grossesse nouvelle est survenue par un mécanisme normal; la fécondation, malgré un rétrécissement très visible de l'organe, a pu se produire à nouveau.

Cette malade ayant un rétrécissement inutilisable du bassin, j'ai donc été conduit à subir sa quatrième grossesse et à pratiquer une quatrième césarienne qui, cette fois-ci, a été complétée par une castration totale utéro-ovarienne dans le but de stériliser en toute certitude cette malade dont la fécondité était véritablement tenace.

G..., née B..., vingt-neuf ans, enceinte pour la quatrième fois. Première césarienne janvier 1907; deuxième césarienne janvier 1908; troisième césarienne 4 janvier 1911, suivie d'essai de stérilisation par ligature des trompes.

En juillet 1912, cure d'une éventration et ablation unilatérale des annexes.

La malade a ultérieurement ses règles jusqu'au 16 octobre 1912. Aucun point à signaler autre que quelques hésitations bien compréhensibles à affirmer la grossesse avant le quatrième mois. Aucune douleur, développement normal de l'utérus.

A partir du sixième mois, dans la crainte d'une rupture utérine légitimée par l'état d'amincissement constaté des cicatrices utérines, la malade est hospitalisée et maintenue au repos au lit jusqu'au neuvième mois de la grossesse. Rien d'anormal ne survient.

L'opération est pratiquée le 2 juillet 1913, au début du neuvième mois, toujours dans la crainte d'une rupture, l'enfant paraissant suffisamment développé et se présentant par le sommet.

Incision de la paroi assez loin à droite de la ligne médiane et des cicatrices antérieures de laparotomie : section de quelques franges épiploïques. L'utérus, libre de toute autre adhérence, est incisé suivant la méthode classique et tout ce premier temps, incision, extraction du fœtus, énucléation extra-abdominale de l'utérus, délivrance, ne diffèrent en rien et ne présentent aucune autre difficulté que celles d'une césarienne pratiquée pour la première fois.

L'utérus est entouré d'une compresse de gaze et mon collègue Delore intervient alors pour pratiquer l'hystérectomie.

Celle-ci m'a paru considérablement simplifiée par l'application d'un lien élastique (comme pour une opération de Porro) immédiatement au-dessous de la section utérine pour assécher complètement toute hémorragie.

Au-dessous de ce lien et en toute tranquillité, les utérines sont recherchées et liées ainsi que les autres pédicules vasculaires, puis l'utérus est sectionné au-dessus du col et de la tranche utérine, qui suintait à peine, suturée par un double surjet aller et retour, et la péritonisation pratiquée au-dessus sans drainage. Cette hystérectomie que je craignais devoir être compliquée et pour laquelle j'avais fait appel à mon collègue Delore, fut manifestement des plus simples et certainement aussi facile comme hémostase qu'une hystérectomie de l'utérus non gravide.

Les suites opératoires furent des plus simples ; la malade put nourrir son enfant (2.700 grammes), se leva pour la première fois au quinzième jour et partit au bout de trois semaines comme nourrice à la nourricerie Rémond, comme après ses précédentes césariennes, où elle allaite encore aujourd'hui, 18 février 1914.

La malade se livre sans fatigue aux mêmes occupations que les autres nourrices du service.

J'ajoute incidemment que cette femme, qui avait fait trois séjours d'environ un an comme nourrice et qui avait toujours eu comme sécrétion lactée de 1.200 à 1.800 grammes de lait par jour, a toujours beaucoup de lait et que la castration totale n'a eu sur la sécrétion aucune influence restrictive.

P.-S. — Enfant vivant, actuellement âgé de cinq ans.

EXAMEN DE L'UTÉRUS. — On voit, sur la face antérieure du corps utérin, en premier lieu la section de la dernière hystérotomie qui siège fortement à droite de la ligne médiane.

Sur la ligne médiane du corps utérin, on voit nettement les trois cicatrices linéaires des trois premières césariennes. Ces cicatrices sont plus ou moins chevauchantes et ont porté à un demi-centimètre près, à peu près au même niveau. Il en est résulté une zone amincie large d'environ 2 centimètres et demi, où le tissu musculaire a été remplacé en grande partie par du tissu fibreux. Ce tissu fibreux paraît lui-même assez résistant, sauf en un point où la paroi atteint seulement 2 à 3 millimètres d'épaisseur. Il est certain que c'est en ce point qu'aurait été le plus à craindre une rupture utérine. Cette rupture aurait été pour ainsi dire inévitable si le placenta à la quatrième grossesse avait pris insertion à ce niveau, car la vascularisation utéro-placentaire aurait considérablement augmenté la friabilité de la zone amincie.

On ne peut nier le danger de rupture utérine qu'a

couru cette malade et la nécessité de stériliser opératoirement cette femme après trois opérations césariennes.

Mais des ciconstances involontaires ayant permis une quatrième grossesse de survenir et d'évoluer, on peut que se réjouir d'avoir vu cette femme porteur d'un rétrécissement inutilisable du bassin, ne mettre au monde, grâce à des césariennes répétées, quatre enfants vivants (quatre filles) qu'elle a tous allaités pendant un an et qui sont vivants et bien portants.

TECHNIQUE GÉNÉRALE¹

La technique de l'opération césarienne est aujourd'hui trop classique pour que nous reprenions cette question en détail. Nous insisterons seulement sur quelques points controversés et sur lesquels nos observations peuvent apporter quelque lumière.

1° Choix du moment de l'intervention. — La mortalité et la morbidité viennent pour ainsi dire exclusivement d'accidents infectieux. L'hémorragie, à condition d'opérer avec le maximum de calme et le maximum de rapidité n'est jamais un accident sérieux, même dans les interventions pratiquées avant le travail, et même si l'incision rencontre le placenta. Il est habituel de faire dans ces dernières, avant l'opération, une injection d'ergotinine pour réveiller plus tôt la contractilité utérine. Il n'est pas démontré qu'elle soit indispensable. Le seul moyen d'arrêter l'hémorragie, c'est d'aller vite et, au moment de la suture, de faire comprimer l'utérus entre les deux mains parallèlement placées à plat par un aide.

¹ Pour les détails de technique, voir observations V et VI.

Dans une seule de nos observations, la malade a perdu du sang en assez grande abondance pour amener un certain degré d'anémie, (pouls 112 à 120) et nécessiter une injection de sérum artificiel. La crainte de l'hémorragie ne doit pas être une contre-indication à opérer avant tout début de travail.

En vue d'éviter la mortalité et la morbidité de la césarienne tous les efforts de l'opérateur doivent porter sur la réalisation la plus parfaite de l'asepsie, et la technique actuelle a bénéficié à ce point de vue, des progrès réels successivement effectués dans ces dix dernières années dans le domaine de la chirurgie abdominale.

Du côté de l'opérateur : gants de caoutchouc souples recouverts de gants de fil blanc, stérilisés, après désinfection ordinaire des mains à l'eau chaude et au savon, à l'alcool et à la teinture d'iode.

Masque de gaze stérilisée.

Du côté de la malade, préparation la veille de l'opération : savonnage vulvaire après rasage des poils pubiens, injection vaginale avec la solution iodo-iodurée de Tarnier, savonnage de la paroi et badigeonnage à la teinture d'iode.

Au moment de l'opération, on peut se contenter d'une longue désinfection de la paroi à l'alcool, à la benzine iodée et à la teinture d'iode.

Nous préférons encore faire précéder cette désinfection par un savonnage prolongé à l'eau chaude stérilisée en ayant bien soin de désinfecter l'abdomen, mais encore la racine des cuisses et le thorax très haut jusqu'au sillon sous-mammaire.

De la minutie de tous les soins aseptiques dépend

uniquement le succès. C'est pour cette raison que si l'on veut abaisser la mortalité de la césarienne, il est de toute nécessité de considérer l'opération comme contre-indiquée d'une façon absolue chez toute femme : 1° ayant subi un ou plusieurs touchers suspects au cours du travail; 2° ayant la poche des eaux rompue depuis plusieurs heures, qu'elle ait ou n'ait pas subi de toucher.

Le moment idéal serait évidemment l'extrême début du travail avant la rupture de l'œuf, mais si l'on se place sur le terrain pratique, cette condition est réalisée rarement dans des circonstances favorables. Même dans les maternités des hôpitaux de Lyon, il est difficile d'organiser au milieu de la nuit sans l'infirmier de la salle d'opérations, avec le seul interne de garde, sans préparation de la salle d'opérations par ceux ou celles qui sont chargés habituellement de l'organiser, une opération césarienne avec sécurité d'asepsie; le maximum de résultat, ainsi que le montrent nos observations est obtenu par la fixation de l'intervention à jour et à heure fixes.

Un des principaux arguments donnés contre cette méthode est que, dans la crainte d'être surpris par le début du travail on n'opère trop tôt avant le terme et l'on ne mette au monde des enfants insuffisamment développés. Voici les poids des enfants les plus petits dans nos observations : 2.200 grammes, obs. XXII; 2.550 grammes, obs. XVII; 2.525 grammes, obs. VIII, 2.650 grammes, obs. XVIII; 2.700 grammes, obs. XXVIII; 2.760 grammes, obs. XXV; 2.820 gr., obs. I; tous les autres au-dessus de 3.000 grammes.

Tous ces nouveau-nés ont donc été mis au monde viables et se sont bien développés. Les deux plus petits à la naissance sont actuellement vivants et bien portants.

2° Du choix du matériel de suture. — La lecture de nos observations montre une évolution progressive dans l'emploi du matériel de suture. Dans les premières césariennes en date, la soie (fil musculo-musculaire, fils séro-séreux, suture abdominale à trois plans) a été exclusivement employée.

Quelques années après, M. Plauchu a utilisé le catgut n° 2 pour les sutures musculo-musculaires et la soie pour le surjet séro-séreux. Dans les plus nombreuses et depuis plusieurs années, il emploie exclusivement le catgut. Quelle est la raison de cette évolution ? A t-elle une importance et quel en est le motif ?

L'importance du choix du fil employé n'est pas capitale si l'on considère que la soie, pas plus que le catgut, n'ont provoqué d'accidents sérieux dans aucune de nos opérées. La soie était exclusivement employée par Fochier à une époque où le catgut n'était pas encore préparé avec une solidité et une asepsie suffisantes ; elle a de multiples avantages.

C'est le fil de toute solidité et ce fait a peut-être une importance, surtout chez les multipares à cause des contractions utérines *post-partum* qui sont parfois très énergiques et qui tiraillent fatalement les plans de suture. D'autre part, elle peut être stérilisée d'une façon absolue, par l'ébullition prolongée.

Mais elle n'est pas sans inconvénient. M. le profes-

seur Fabre a présenté à la Société de Chirurgie (*Lyon Méd.*, 1907) une pièce des plus intéressantes provenant d'une malade chez laquelle il avait pratiqué avec plein succès l'opération césarienne et qui mourut un an après dans le service du D^r Pic de tuberculose pulmonaire.

Sur cette pièce, les fils de soie étaient restés enclavés dans le muscle utérin par moitié et flottaient d'autre part à l'état d'anses libres dans la cavité utérine. Ces corps étrangers avaient été parfaitement tolérés.

Au cours des recherches bibliographiques qu'il fit à cette occasion, il trouva la mention d'un certain nombre d'observations où les fils de soie avaient été beaucoup moins bien tolérés.

Dans un cas d'Abel, les fils sont éliminés par la vessie. Martin signale l'élimination par le rectum, Elischer par le vagin. Abel signale neuf observations où l'élimination s'est faite par la paroi abdominale à la suite de fistules et de suppurations plus ou moins prolongées.

Dans un certain nombre de cas plus heureux, les fils de soie n'ont pas été retrouvés à l'autopsie pratiquée longtemps après, soit que leur élimination n'ait pas été constatée, soit qu'ils se soient réellement résorbés.

Dans une observation publiée dans les *Annales de Gyn. et d'Obst. italiennes* de 1906, n° 12, Cristalli retrouve les fils de soie dans l'utérus d'une femme de laquelle Morisani avait un an auparavant pratiqué une césarienne conservatrice et qui dut subir à la grossesse suivante, une césarienne suivie d'hystérectomie supravaginale.

On retrouvait sur la pièce les deux sutures à la soie de la première césarienne et, après examen histologique, on reconnut l'existence de foyers hémorragiques et nécrotiques avoisinant les fils de suture.

Ces constatations faites, l'auteur discute les avantages et les inconvénients de la soie et du catgut.

Le catgut, dit-il, peut être stérilisé aussi bien que la soie. Tous deux peuvent donner lieu à des phénomènes de suppuration qu'il ne faut pas toujours imputer au matériel de suture non stérilisé, les causes de contamination pouvant être autres. La suppuration des points de soie est fâcheuse et pleine de dangers ; la suppuration des fils de catgut aurait, dans la même éventualité, au moins l'avantage de la temporanéité.

Il n'est pas démontré que la résorption prématurée du catgut puisse compromettre la suture et il est possible de trouver un catgut moins facilement résorbable.

L'auteur conclut en terminant de la façon suivante :

a) Les dangers d'infection ne sont pas plus grands avec le catgut ;

b) Les fils de soie pouvant s'éliminer de l'utérus longtemps après l'opération par un processus de suppuration plus ou moins prolongé, il faut donner formellement la préférence aux fils de catgut ou aux fils résorbables.

Comme on le voit, Cristalli se montre partisan convaincu du catgut.

D'autres faits plaident pour la même cause. M. Adenot a présenté à la Société de Médecine (*Lyon Méd.*, 1907) l'utérus d'une femme opérée dix ans avant d'une césarienne. L'auteur avait employé le catgut

chronique ; la cicatrisation et la restauration de la paroi étaient excellentes. On ne retrouvait aucune trace du catgut qui s'était complètement résorbé. L'auteur ajoute qu'il a employé toujours le catgut dans les opérations césariennes qu'il a pratiquées et qu'il s'en est bien trouvé.

De l'avis de ces deux derniers auteurs, le catgut serait donc le fil de choix. D'autres faits montrent qu'il n'est pas sans danger.

MM. Lepage et Sauvage (*Ann. de Gyn. et d'Obstétrique*, 1907, p. 105) relatent une observation d'opération césarienne chez une femme à terme.

Une hémorragie survint quelques heures après par désunion totale de la paroi utérine. M. Lepage dut pratiquer l'opération de Porro vingt-quatre heures après la césarienne ; la malade guérit.

Dans cette césarienne, l'on avait employé sept fils au catgut n° 1 stérilisé dans la benzine, embrassant toute l'épaisseur de la paroi, muqueuse exceptée, et quelques points superficiels pour compléter l'affrontement. Lepage incrimine nettement la qualité et le volume du catgut employé.

Le catgut employé, dit-il, n'était pas celui qu'il emploie habituellement, il n'était pas assez gros et il semble bien qu'il n'était pas assez résistant.

La seule conclusion que l'on puisse tirer de ce dernier cas est qu'il faut employer pour la suture profonde du catgut suffisamment gros et résistant, et un plus grand nombre de points.

On voit que la question des fils à employer dans l'opération césarienne était assez controversée il y a

quelques années, et aujourd'hui encore certains accoucheurs restent immuablement fidèles à la soie. La soie est au contraire complètement abandonnée par les gynécologues et les chirurgiens. Le catgut est aujourd'hui meilleur qu'autrefois et se trouve dans l'industrie dans des conditions d'asepsie pour ainsi dire parfaites.

En employant des fils assez gros, il est de toute solidité, la résorption hâtive n'est pas à craindre et il suffit qu'il tienne huit jours pour assurer la permanence de la suture. On a pu dire qu'avec le catgut on faisait un nœud moins solide et que celui-ci pouvait ultérieurement se desserrer; cet accident n'est pas à craindre si l'on fait le nœud du chirurgien et si l'on serre fortement le nœud supplémentaire. Avec les mains revêtues de gants de fil, il ne glisse pas entre les doigts et l'on peut serrer fortement.

Ce qui est capital plutôt que la nature du matériel, est son asepsie. Nous savons que le catgut est aujourd'hui parfaitement aseptique et remplit toutes les conditions requises à ce point de vue. A mesure que les précautions ont été plus employées, mieux comprises du côté des mains et en particulier depuis l'emploi des gants stérilisés, les accidents dont on avait tendance à charger le fil lui-même, sorte de baudet de la fable, tendent à disparaître; en tout cas ils ne nous ont jamais donné aucun mécompte.

Il suffit d'employer un catgut assez fort n° 2, de mettre un nombre de fils suffisant, quinze environ, et d'avoir soin de faire le nœud du chirurgien suivi d'un nœud ordinaire fortement serré pour être assuré de la solidité de la suture en ce qui dépend de la nature du fil.

3° **Choix du mode de suture.** — Bien autrement important est le mode de suture. On sait quels progrès immenses a fait l'opération césarienne le jour où Sænger a démontré la nécessité de coapter tous ces plans par une suture soignée qui est devenue classique.

Dans nos observations a été employé exclusivement un mode de suture bien connu à Lyon, et qui peut être qualifié de suture à la Fochier, qu'il a enseigné à ses élèves. Il consiste :

1° A faire un premier plan, le plus important, de points séparés de centimètres en centimètres réunissant exclusivement l'épaisseur du muscle utérin d'une tranche à la tranche opposée.

Le fil est passé partout au-dessous de la séreuse, pénétrant profondément dans le muscle pour ressortir du muscle au-dessus de la caduque qui n'est pas comprise dans le fil. Il repénètre dans la tranche musculaire opposée au-dessus de la caduque pour ressortir, après un trajet profond, dans le muscle au-dessous du plan séreux.

Ce premier plan assure la solidité de la suture et l'hémostase ; des fils supplémentaires sont placés çà et là en des points qui suintent encore, et il est essentiel que l'hémorragie soit soigneusement arrêtée par ce premier plan ;

2° Un deuxième plan est destiné par un surjet à enfouir et à cacher complètement le premier ; c'est un plan séro-séreux coaptant, à l'aide de points à la Lembert, la tunique péritonéo-musculaire. L'opération terminée, on ne voit sur la surface utérine qu'un surjet de 8 à 10 centimètres sur la face antérieure de l'utérus.

4° **De l'inutilité de l'extériorisation extra-abdominale de l'utérus avant son incision.** — L'extériorisation primitive de l'utérus avant son incision et avant l'extraction du fœtus a été prônée comme un progrès dans la réalisation de l'asepsie idéale de l'opération césarienne. On éviterait ainsi la pénétration du liquide amniotique dans le péritoine et sa souillure. A notre avis, cette septicité du liquide amniotique contre-indique la césarienne d'une façon absolue si elle doit être conservatrice, car, en admettant que la pénétration du liquide amniotique dans le péritoine soit plus sûrement évitée (l'expérience démontre qu'il n'en pénètre que très rarement à cause de la tonicité de la paroi abdominale plaquée contre l'utérus), l'incision, après extériorisation, n'empêche pas la souillure du péritoine pariétal utérin et de la tranche de section ; cette souillure serait, en cas de septicité du liquide amniotique, largement suffisante pour compromettre la suture et expliquer une péritonite post-opératoire.

Dans la césarienne conservatrice, indiquée, nous le répétons, dans l'œuf intact et aseptique, l'extériorisation primitive est une illusion ; elle a, d'autre part, des inconvénients au point de vue de la solidité de la paroi abdominale, qui devra être incisée sur une plus grande longueur, et peut-être prédispose-t-elle l'enfant à un peu plus de traumatisme.

Autant elle est inutile dans la césarienne conservatrice en terrain aseptique, autant au contraire elle sera indiquée, indispensable dans la césarienne indiquée pour des raisons absolues, avec présomption ou certitude d'infection lorsque cette césarienne devra être

terminée par une ablation de l'utérus. La césarienne mutilatrice enlevant l'utérus et sa tranche de section, tout argument, disparaît dans ce cas contre l'extériorisation primitive qui devient une méthode de choix.

5° Inutilité et inconvénients du drainage utérin et abdominal. — Dans le but d'éviter un danger d'hémorragie et d'exercer une sorte de tamponnement intra-utérin pendant la suture, nombre d'opérateurs (Bar) ont conseillé, aussitôt après l'extraction du placenta, d'engager par la cavité utérine une mèche de gaze dans le col et de bourrer l'utérus avec cette mèche avant de pratiquer la suture. Cette introduction fait perdre du temps et gêne même l'opérateur dans l'exécution rapide de la suture, la mèche pouvant être accidentellement accrochée par l'aiguille. La compression de l'utérus entre deux mains à plat paraît bien supérieure comme moyen hémostatique; elle nous a toujours suffi pour arrêter l'hémorragie jusqu'à la terminaison de la suture et jusqu'à l'apparition de la rétractilité et de la contractilité utérine.

En tant que moyen de drainage, elle nous paraît plutôt nuisible qu'utile; le drainage des sécrétions se fait toujours suffisamment par le col, même chez les primipares. L'oblitération de ce dernier par une mèche ne peut, au contraire, que gêner l'écoulement des lochies.

D'autre part, par capillarité un élément infectieux peut ascensionner dans l'utérus, et la mèche peut être l'occasion d'une infection intra-utérine.

Nous n'avons employé cette mèche que dans deux

ou trois cas. Dans l'une de nos observations (voir obs. V), elle fut l'occasion d'une ascension thermique à 39 degrés au troisième jour; retirée aussitôt par le vagin, la mèche avait une odeur putride des plus accusées. Après son ablation, la température redescendit à la normale.

Nous n'avons jamais fait, dans aucun cas, le drainage abdominal, qui ne répond à rien si l'on est en terrain aseptique et qui est d'une très faible sécurité si le péritoine et l'utérus sont infectés.

Comme agent de protection, nous nous sommes toujours contentés d'étaler au-devant de l'utérus, entre ce dernier et la paroi abdominale, le tablier constitué par le grand épiploon.

LA CÉSARIENNE ITÉRATIVE

Une discussion à la Société obstétricale de France, en 1909, a mis en évidence certains points originaux visant la césarienne conservatrice. Couvelaire, dans un rapport très étudié sur cette question, a insisté sur cette idée sur laquelle les accoucheurs s'étaient, jusque-là, peu appesanti. C'est que la césarienne conservatrice ne peut sauvegarder longtemps la fonction qu'elle veut conserver. A plus ou moins brève échéance, la section césarienne a pour corollaire obligé la stérilisation.

Cette opinion est surtout basée sur l'étude des statistiques réunies en bloc de Schauta, Léopold, Kustner, Brindeau et Pinard, portant sur 77 femmes, dont 32 ou sont mortes ou ont dû être stérilisées.

Ce serait donc dans 40 pour 100 des cas que la césarienne conservatrice n'a pu prolonger la fonction de reproduction au delà de deux grossesses.

Ce pessimisme est-il justifié d'une façon absolue et la question peut-elle être jugée aujourd'hui sans appel? Des statistiques plus nombreuses auraient été nécessaires pour préciser ces points et surtout des statistiques personnelles d'un même opérateur isolé permettant de

porter un jugement sur des faits autant que possible toujours appréciés de la même façon, et sur des méthodes toujours à peu près identiques dans des conditions analogues.

Ce qui paraît certain, c'est que la césarienne itérative pratiquée avant le travail en terrain aseptique n'a aucune raison d'entraîner plus de mortalité par accident infectieux.

Si l'on rencontre assez souvent des adhérences épiploïques ou utéro-pariétales, voire même plus rarement utéro-intestinales, elles ne nous ont pas paru entraîner des difficultés opératoires réelles et notablement plus importantes que dans les césariennes ordinaires.

Reste l'amaigrissement de l'utérus et le danger de rupture à une grossesse ultérieure. Des cas rares ont été signalés, mais là encore, ce n'est guère qu'après les césariennes répétées plusieurs fois, quatre fois dans une de nos observations, qu'il est vraiment à craindre. Cet amaigrissement est créé soit par une suture défec-
tueuse, et nous pensons que la suture à la Fochier donne une sécurité suffisante, soit par des accidents infectieux locaux, bénins, tels un ou deux fils de suture qui ne seraient pas parfaitement et aseptiquement tolérés. Quand la première césarienne a été parfaite et sans accidents infectieux et nous pensons qu'elle deviendra telle de plus en plus, on ne retrouvera, pour ainsi dire, aucune trace de la première section. Telles nos observations XXII, XXIV, XXV.

A l'occasion d'une observation analogue présentée par M. Gonnet à la Réunion obstétricale de Lyon 1909, une discussion s'ensuivit entre accoucheurs

lyonnais sur ces faits, à laquelle prirent part : MM. Gonnet, Trillat, Plauchu et Commandeur, qui peut se résumer par les conclusions de Commandeur que nous faisons nôtres sur ce point.

« La stérilisation systématique après une opération césarienne (itérative) ne peut être érigée en principe, si la première cicatrice paraît solide, s'il n'y a pas d'adhérences étendues ou gênantes comme des adhérences intestino-péritonéales, rien ne peut faire penser qu'une troisième opération serait plus dangereuse que les précédentes. Quant au danger de la rupture de la cicatrice au moment du travail, il me semble qu'on pourra l'éviter soit en opérant au début du travail, soit même avant le début du travail au terme supposé de la grossesse. » (Commandeur.)

Dans nos observations, nous n'avons pas eu d'adhérences intestinales. Au point de vue amincissement de l'utérus, l'observation la plus suggestive est celle de M^{me} Comte, opérée quatre fois.

A la troisième opération, ayant constaté que les trois incisions utérines avaient porté à peu près sur la même zone et l'amincissement étant réel, M. Plauchu décida la stérilisation de l'opérée par la ligature des trompes dans la crainte d'une rupture à la quatrième grossesse. Or, contre toute attente, la malade redevient enceinte, subit une quatrième césarienne mutilatrice cette fois et la rupture utérine fut évitée par l'hospitalisation, la surveillance et l'intervention avant le travail.

La quatrième grossesse avait démontré en outre l'insuffisance de la ligature tubaire, comme moyen de

stérilisation, et cet insuccès chirurgical fut en somme un événement heureux, puisqu'il permit à la malade de fonder ainsi par quatre césariennes, dont trois conservatrices, une famille de quatre enfants aujourd'hui vivants et bien portants.

Il faut, sans doute, tenir compte dans les discussions de l'indication de la césarienne de cette blessure utérine qu'elle laisse fatalement après elle, et des aléas d'une césarienne itérative, mais, croyons-nous, dans une mesure minime, eu égard surtout à l'impression décevante que laissent dans la thérapeutique des rétrécissements sérieux du bassin, les ressources des autres interventions obstétricales courantes : accouchement prématuré provoqué qui trop souvent aboutit à une intervention traumatisante sur un prématuré ; version laborieuse où l'opérateur dépense en quelques minutes une énorme force physique ; enfin, forceps au détroit supérieur avec traction sur lacs, toutes interventions qui encore souvent mettent au monde soit un enfant mort, soit un mutilé du crâne qui ne survivra que quelques heures, qui laissent à l'opérateur avec une fatigue physique prolongée, une indéniable sensation d'écœurement, de découragement et de lassitude morale.

A mesure que la césarienne itérative se montrera davantage dénuée de grosses difficultés opératoires et aussi anodines que la césarienne ordinaire, il sera possible de ne pas craindre les césariennes répétées et d'éviter dans nombre de cas la stérilisation des malades après deux interventions. Ce sera déjà un résultat de toute importance d'avoir la presque certitude que par

la césarienne répétée, une femme aura pu mettre au monde au moins deux enfants et, dans des cas plus rares, trois et même quatre enfants vivants, limite de fécondité restreinte sans doute, mais suffisante au point de vue social, eu égard à la rareté des indications de la césarienne. Ce ne sont pas ces cas là, pas plus d'ailleurs que les cas de dystocie grave, quelle que soit l'intervention thérapeutique adoptée, ce ne sont pas ces cas, disons-nous, sur lesquels il faut tabler pour augmenter la natalité d'un pays.

INDICATIONS

Nous retrouvons dans nos observations les indications les plus fréquentes de l'opération césarienne qui est constituée par les rétrécissements du bassin.

Ces rétrécissements, bien que certains indices puissent permettre d'escompter leur diminution, sont encore très fréquents dans la région lyonnaise, surtout sous la forme rétrécissement moyen du bassin, plus rarement sous celle de bassin inutilisable.

Il est d'ailleurs certain qu'avec les progrès de l'opération césarienne la limite du bassin dit « inutilisable » doit être élevée jusqu'à 8 centimètres de P. P. M., l'accouchement prématuré provoqué avant huit mois révolus dans des bassins de 8 centimètres donnant vraiment des résultats trop défectueux en ce qui concerne la vie et la survie des enfants.

Dans les indications relevées dans nos observations de césariennes primaires, nous trouvons :

19 rétrécissements du bassin, parmi lesquels 8 bassins inutilisables et 11 bassins à rétrécissement moyen.

Dans les premiers, « bassins inutilisables », la césarienne a été adoptée d'emblée et pratiquée à la pre-

mière grossesse. Dans les autres, ce n'est le plus souvent qu'après des interventions mutilatrices du fœtus (forceps ou versions fœticides, basiotripsie) que l'accouchement chirurgical a été adopté, dans certains cas, de préférence à l'accouchement prématuré provoqué, lorsque la mère éclairée sur le danger que courait son enfant par cette intervention demandait elle-même la certitude d'un enfant vivant.

Au point de vue de la nature des rétrécissements du bassin, nous notons :

16 rétrécissements d'origine rachitique.

1 rétrécissement d'origine cyphotique.

1 rétrécissement d'origine coxale ou luxation iliaque.

1 rétrécissement d'origine ostéomalacique.

Dans ce dernier cas, l'indication de la césarienne se doublait de l'indication de la castration utéro-ovarienne, véritable traitement de l'ostéomalacie, et elle nous a permis d'obtenir un beau succès de guérison par l'opération de Porro.

Au point de vue de la forme c'est en très grande majorité le bassin aplati et généralement rétréci, dont on connaît le redoutable retentissement dystocique qui se rencontre dans nos observations.

Le rétrécissement du détroit inférieur (type bassin cyphotique) se rencontre rarement à un degré tel qu'il nécessite l'opération césarienne; il n'existait que chez une de nos malades.

Nous notons encore comme indication un fibrome obstruant le pelvis et enfin un cas de placenta prévia central, obstruant le col et le segment inférieur.

Cette dernière indication compte parmi les plus rarement adoptées en France. Cependant, si l'on réfléchit au danger énorme de l'hémorragie du placenta prévia central, aux difficultés considérables que présenteront la dilatation du col et le passage du fœtus par la voie basse ; aux dangers de l'infection qui accompagnent les multiples interventions qui seront fatalement nécessaires et au sacrifice à peu près certain de l'enfant, il semble bien que l'indication de la césarienne doive être de plus en plus étendue aux cas de placenta prévia, là où un examen clinique approfondi permettra de diagnostiquer *la forme centrale*. Nous insistons sur cette forme centrale, parce qu'il semble bien qu'en Allemagne, avec cet absolutisme peu clinique qui caractérise les opérateurs d'outre-Rhin, on a véritablement abusé des opérations césariennes dans toutes les formes, même bénignes, de placenta prévia, et M. Plauchu a été vivement surpris d'avoir constaté ce fait dans une visite à la Frauenclinique, de Fribourg-en-Brisgau, après laquelle il écrivit ceci (*Lyon Médical*, 1911, p. 910, Frauenclinique allemande) :

« A la Frauenclinique de Fribourg-en-Brisgau, ville de 55.000 habitants, il se fait, m'a-t-on dit, par année, 1.000 à 1.500 accouchements. Or, en deux années, on a pratiqué 23 opérations césariennes pour placenta prévia. Un certain nombre de cas, pour raisons diverses, contre-indiquant la césarienne (infection à l'arrivée, manœuvres antérieures, etc.), ont été traités par d'autres moyens, ce qui présente environ une trentaine de cas de placenta prévia sur 3.000 accouchements environ. Or, dans nos statistiques françaises

et, en particulier à Lyon, le placenta prévia véritablement sérieux, avec hémorragie grave, pouvant entraîner la mort de la malade, ne se voit guère que 2 ou 3 fois sur 1.000 accouchements.

« Alors qu'à Lyon, l'indication de la césarienne aurait été discutée, et peut-être admise comme nécessaire dans 4 ou 5 cas sur 3.000 accouchements, à Fribourg, 23 opérations césariennes ont été pratiquées à l'exclusion des moyens obstétricaux. Il faut donc que, dans la plupart de ces cas, l'opération césarienne ait été adoptée d'emblée, quand il y avait des hémorragies légères et même dans ces cas, et ils sont la grande majorité, où la simple rupture large des membranes arrête l'hémorragie et permet à l'accouchement de se terminer le mieux du monde. »

Le placenta prévia central entraîne la discussion et l'adoption de l'opération césarienne, mais les autres formes de placenta prévia paraissent toujours susceptibles du traitement purement obstétrical.

RÉSULTATS

A. *Mortalité maternelle* : néant.

B. *Morbidité maternelle* : aucune espèce d'incident grave.

Chez quatre ou cinq malades, une ascension thermique, 38°5 ou 39 degrés, a été provoquée par une mèche intra-utérine dans un cas, par un petit abcès de la paroi abdominale dans d'autres. La presque totalité des malades a pu se lever vers le quinzième jour, et quitter le service au bout de quatre semaines. A noter aussi un hématome sous-péritonéal, spontanément guéri (obs. VI).

C. *Mortalité fœtale* : 1° immédiate : néant ; 2° ultérieure et sans relation avec l'intervention : un enfant mort de mæléna au sixième jour.

Tous les autres enfants ont quitté la Maternité en excellente santé.

D. *Résultats éloignés au point de vue des enfants.*

— Nous avons eu des nouvelles précises de 22 enfants sur lesquels, en juin 1916, 18 sont vivants et en bonne santé, âgés de plusieurs mois à plusieurs années. Deux sont morts : l'un à six mois, l'autre à un an, de bron-

cho-pneumonie, un est mort de mæléna, un autre de cause inconnue.

S'il est à regretter que nous n'ayons pas pu obtenir des nouvelles récentes de tous nos petits césariens, le nombre des renseignements que nous avons reçus nous permet néanmoins de savoir qu'il n'y a aucune raison, contrairement à ce que croit le public, pour qu'un petit césarien ait plus de chance de mort dans l'avenir que n'importe quel enfant né par l'accouchement spontané.

La mortalité infantile des uns et des autres paraît être dominée exclusivement par les soins dont ils sont entourés au cours d'allaitement et des conditions mêmes d'allaitement dans lesquelles ils se trouvent.

Pour les césariens, comme pour tous les autres, c'est l'allaitement maternel qui est le facteur essentiel de leur vie ultérieure, et il va sans dire que le milieu social a aussi une importance prépondérante. Dans la classe aisée, l'opération césarienne est infiniment rare à cause de l'extrême rareté des rétrécissements du bassin; cette opération n'est pour ainsi dire pratiquée que dans le milieu modeste des maternités, foyer habituel et presque exclusif des dystocias pelviennes. La mortalité éloignée des petits césariens sera celle que l'on voit habituellement chez l'enfant, dans les milieux populaires, ni plus ni moins.

La conclusion qui en découle est de faire tous ses efforts pour que l'opérée nourrisse elle-même son enfant, l'amène autant que possible dans les consultations de nourrissons où elle aura une direction éclairée et, à ce point de vue, l'exemple le plus frap-

pant de nos observations est celui de M^{me} Comte (observation XXVIII), qui, excellente nourrice, a fait après trois de ses opérations des séjours de un an à Longchène où elle a pu, tout en allaitant elle-même son enfant, donner le surplus de son lait à d'autres prématurés. Elle a sauvé, par l'allaitement au sein, ses enfants qui cependant comptaient parmi les plus chétifs à la naissance, dont voici les poids : 2.600, 2.200, 2.980, 2.700 grammes. Les quatre enfants sont actuellement vivants et bien portants et âgés de cinq à neuf ans.

Parmi les autres opérées, un certain nombre n'ont pas nourri leurs enfants pour les raisons suivantes : abandon à l'Assistance publique, agalatie, ombilication irréductible des seins. Aucune n'a présenté de contre-indication par la gravité des suites opératoires. Au total, la proportion des femmes césarisées qui ont pu allaiter nous paraît à peu près identique à la proportion des femmes prises en bloc dans les maternités allaitant elles-mêmes leurs enfants au sein.

CONCLUSIONS

I. — Notre travail comporte l'étude d'une statistique de 28 cas d'opération césarienne pratiquées depuis le début de sa carrière par un seul opérateur (M. Plauchu), placé dans des conditions habituelles du milieu hospitalier lyonnais.

II. — Cette statistique comprend 21 opérations césariennes pratiquées pour la première fois et 7 opérations itératives, dont une pratiquée pour la troisième fois et une pour la quatrième fois chez la même femme.

III. — Les indications ont été les indications habituelles de l'opération césarienne avec une très grosse proportion de rétrécissements du bassin, un cas de fibrome prévia, un cas de placenta prévia central, un cas de bassin ostéomalacique.

IV. — La mortalité maternelle a été de 0 pour 100. La mortalité immédiate fœtale a été de 0 pour 100. Ces résultats heureux nous paraissent dus aux progrès qu'a réalisés, dans ces 10 ou 12 dernières années,

la technique de la chirurgie abdominale dans le domaine de l'asepsie, les difficultés opératoires étant elles-mêmes très minimales dans la césarienne classique, tant dans la césarienne primitive que dans la césarienne itérative.

V. — Ils sont dus aussi au choix des conditions de l'opération, à savoir : opération avant le travail ou au début du travail avec un œuf intact, absence de tout toucher suspect, que l'œuf soit fermé ou ouvert.

VI. — Avec ces dernières restrictions, l'opération césarienne, qui peut présenter une mortalité nulle, doit prendre de plus en plus le pas sur les interventions de force habituellement employées dans les rétrécissements du bassin (forceps au détroit supérieur, version laborieuse, accouchement prématuré provoqué).

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE.

Aug. POLLOSSON.

Vu :

POUR LE DOYEN.

L'Assesseur.

J. COURMONT

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 15 juin 1916.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

P. JOUBIN.

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos	9
Observations	13
Technique générale	96
La césarienne itérative	108
Indications	113
Résultats	117
Conclusions	121

